

L'UNION MÉDICALE

12188. — Paris. Imp. E. Duruy et Ce (ancienne maison Félix Malteste et Ce), rue Dussoubs, 22.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL



RÉDACTEUR EN CHEF : M. le docteur L.-GUSTAVE RICHELOT.

GÉRANT : M. le docteur RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE.

TOME TRENTE-CINQUIÈME.

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL.

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11.

—

ANNÉE 1883.

BULLETIN

Académie de médecine, 2 janvier 1883. — Le bureau nouvellement élu inaugure ses fonctions par le dépouillement d'un scrutin qui donne à l'Académie, comme membre associé national et comme présent de nouvelle année, notre éminent confrère, le docteur Leudet, de Rouen. Puisse l'Académie continuer sans encombre et remplir de travaux utiles une session si bien commencée !

La séance, continuée par une lecture de M. Vidal, candidat dans la section de thérapeutique, s'est achevée dans la salle des Pas-Perdus, où les récits de l'autopsie toute récente de M. Gambetta ont, jusqu'à cinq heures, défrayé les conversations.

L.-G. R.

DERMATOLOGIE

DE LA LEUCOPLASIE BUCCALE

(*psoriasis buccal*, *plaques blanches*, *plaques opalines de la langue*),

Leçon faite à l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur E. VIDAL,

Recueillie et rédigée par M. THUVIEN, interne des hôpitaux.

La leucoplasie buccale n'est pas une affection des plus communes ; nous en voyons cependant chaque année plusieurs exemples. Généralement assez mal connue, soumise à des interprétations bien différentes, cette affection n'a commencé à prendre rang dans la science que depuis les recherches et les leçons de Bazin (1868). Il l'a étudiée sous le nom de *psoriasis buccal*. C'est sous ce titre qu'un de ses élèves les plus distingués, M. Debove, a fait sur ce sujet une excellente thèse (1873). C'est encore la dénomination adoptée par M. Mauriac dans ses leçons sur le *psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale*.

Cette affection avait déjà été entrevue à l'étranger. Samuel Plumbe (1) parle *d'ichthyose de la langue* et ce terme fut adopté pendant longtemps par les Anglais et par les Américains.

En 1858, Buzenet (Thèse de Paris) décrit les *plaques blanches des fumeurs* sur la face interne des joues, des lèvres et des commissures.

En 1866, Kaposi publie une étude sur le *keratosis mucosæ oris*.

Mais c'est à l'hôpital Saint-Louis qu'on a commencé à connaître, à bien étudier cette lésion et à en déterminer les caractères cliniques. Bazin, dans ses *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, la considère comme une affection arthritique plutôt qu'herpétique.

Je ne veux pas insister ici sur l'historique de la question. Vous le trouverez complet dans la thèse de Debove et dans le travail de Mauriac.

Au Congrès de Londres, 1881, le professeur Schwimmer, de Budapest, fit une communication, confirmant ce qu'il avait établi dans un Mémoire publié en 1877, *in Vierteljaresschrift fur dermatologie*, tendant à démontrer que la *leucoplakia buccalis* est une affection distincte de la glossite syphilitique, avec laquelle plusieurs auteurs, et entre autres le professeur Kaposi, sont encore enclins à la con-

(1) *Practical treatise of the diseases of Skin*, 4e édit. Londres, 1837, p. 514.

fondre. Il s'ensuivit une intéressante discussion entre MM. Hillairet, Kaposi, Morrant-Baker, Clément Lucas, Behrend, Duncan-Bulkley et E. Wilson. Je pris à ce débat une part assez active en cherchant à préciser les signes du diagnostic différentiel entre le psoriasis buccal, la glossite syphilitique et les plaques des fumeurs.

Les termes de psoriasis et d'ichthyose sont de mauvaises dénominations. L'ichthyose correspond à une difformité de la peau, bien plus qu'à une maladie et n'offre qu'un trait de ressemblance avec celle qui nous occupe, c'est la desquamation. Psoriasis buccal prête aussi à l'équivoque, puisque ce n'est que par une coïncidence excessivement rare, tout exceptionnelle, qu'il pourrait vous arriver de voir la leucoplasie buccale chez un individu atteint de psoriasis. Pour ma part, j'en ai trouvé un exemple cette année. C'est le premier que j'aie jamais vu. M. Lailler, dans sa longue pratique, a également observé une seule fois cette coïncidence. Il n'y a pas de psoriasis des muqueuses; l'affection squameuse de Willan est exclusivement cutanée. L'anatomie pathologique sépare aussi très nettement cette altération de la muqueuse buccale de celle de la peau, dans le psoriasis. Pour Bazin, il n'y avait d'autre rapport entre les deux affections que la ressemblance avec le mode de desquamation du psoriasis. Devergie l'a désignée sous le nom de *plaques blanches de la langue;* le nom de *leucoplakia buccalis* (λευκος blanc, πλαξ plaque) adopté par Schwimmer n'en est que la traduction. C'est la désignation qui a prévalu en Allemagne, en Amérique et en Angleterre. Je vous propose la dénomination que j'emploie habituellement, celle de *leucoplasie buccale* (λευκος blanc, πλασσειν former). Je préfère ces dénominations qui n'ont pas la prétention de préjuger la nature de l'affection à celles de psoriasis ou d'ichthyose, qui peuvent conduire à uue interprétation erronee.

La leucoplasie buccale est une affection squameuse, chronique, siégeant surtout à la face dorsale de la langue, à la face interne des joues et des lèvres, caractérisée par des squames blanches, épaisses, et par l'induration superficielle de la muqueuse, souvent fendillée et exulcérée.

L'altération se développe en général chez un individu prédisposé, parfois chez un syphilitique, ayant eu des lésions spécifiques de la langue, des plaques muqueuses, conservant cette sensibilité excessive des muqueuses, si particulière aux syphilitiques et surtout à ceux qui ont eu des syphilides buccales. Chez ces individus, soit sous l'influence de l'action irritante du tabac, soit sans cause occasionnelle appréciable, comme je l'ai vu chez des femmes non syphilitiques et n'ayant jamais fumé, vous constaterez, comme signe du début de la leucoplasie, l'apparition de petites plaques arrondies, érythémateuses, d'abord rosées ou rougeâtres, puis un peu blanchâtres et recouvertes d'une fine desquamation pityriasiforme. Sur ces petits disques, les papilles sont comme tassées, ramassées, aplaties. Ces plaques blanchâtres s'étendent en surface; la desquamation d'abord fine ne tarde pas à se modifier. Quand l'affection aura duré plusieurs mois et même plusieurs années, vous verrez de larges plaques d'une coloration gris blanchâtre ou blanc mat, le plus souvent d'un blanc nacré, semblables à celles que produisent les attouchements au crayon de nitrate d'argent. Ces productions épidermiques peuvent être enlevées par lamelles plus ou moins épaisses, sur une longueur de un, deux et même trois centimètres.

L'affection est-elle plus ancienne? Ces parties desquamées s'érodent sur quelques points, puis se cicatrisent et se recouvrent de nouveaux produits épithéliaux; ou bien la surface de la langue qui est superficiellement indurée et tendue se craquelle, se rompt et se fissure en divers sens. Plus tard encore, alors que la plus grande partie de la surface dorsale de la langue est atteinte, vous verrez certains points revêtir l'aspect papillomateux, se hérisser de petites saillies acuminées, coniques et cornées, rudes au toucher comme les papilles de la langue d'un chat, et susceptibles de se détacher. Vous avez là ce que je considère comme le deuxième degré de la leucoplasie buccale, l'état papillomateux, qui confine à la transformation épithéliomateuse et qui en est ordinairement le début, tout au moins le degré intermédiaire. Nous y reviendrons en parlant du diagnostic.

Ces altérations, vous les trouverez le plus souvent sur la face dorsale de la

langue, envahissant les bords, la pointe, à des degrés différents d'un côté ou de l'autre, s'étendant parfois jusqu'aux papilles caliciformes du V lingual. Rares sur le plancher buccal, exceptionnelles sur la face inférieure de la langue, elles occupent assez fréquemment la face interne des joues, des lèvres, des commissures et ont par cela même un grand rapport avec les plaques des fumeurs. On peut trouver aussi quelques plaques blanches sur la voûte palatine et sur les gencives.

Ces lésions n'arrivent qu'à la longue à produire des troubles dans les fonctions de la langue. Au début, elles passent inaperçues; mais quand la desquamation se fait plus abondante, la langue devient raide et, si on cherche à pincer la surface, on constate une certaine induration de la muqueuse. Cette induration gêne les mouvements de l'organe dans ses principaux actes physiologiques, dans la phonation, la mastication, la déglutition surtout, lorsqu'à la rigidité viennent s'ajouter les érosions, les fissures et les ulcérations. Alors se produit aussi de la salivation. Les malades bavent pendant la nuit, en dormant, et salivent abondamment pendant le jour. Le contact des acides, du vinaigre, des féculents, du chocolat, des différentes substances pulvérulentes qui peuvent pénétrer et se loger dans les fissures, détermine des sensations pénibles et même douloureuses.

En parlant des symptômes par ordre de succession, je vous ai dit quelle était la marche de l'affection. Elle peut rester stationnaire et persister, au premier degré, pendant bien des années, quinze, vingt ans, puis passer soudain à l'état papillomateux. Enfin il est trop fréquent, et vous le noterez au moins dans la moitié des cas, de voir se dessiner plus nettement que par cet état papillomateux les caractères objectifs de l'épithélioma. Alors, c'est en général d'un seul côté et sur le bord de la langue que vous trouvez une induration plus profonde, une induration noueuse. La sensibilité devient plus vive au contact, s'exaspère à la pression, et des irradiations douloureuses s'étendent spontanément jusque dans la région de l'oreille. C'est un caractère important qui ne manque, pour ainsi dire, jamais dans l'épithélioma. Ultérieurement surviennent l'engorgement ganglionnaire, puis les phénomènes de généralisation.

Chez d'autres malades, l'affection s'arrête au bout d'un, de deux ou trois ans, Bazin cite des exemples de guérison. Je pourrais vous en citer aussi; c'est une terminaison exceptionnelle. Ce qu'il faut retenir, c'est que l'affection est longue, peut s'accompagner de rémissions et durer pendant douze, quinze ans, avant d'aboutir à l'épithélioma.

(La suite à un prochain numéro.)

MEMORANDUM OBSTÉTRICAL

DE LA GROSSESSE (1).

MODIFICATIONS GÉNÉRALES DE L'ORGANISME.

APPAREIL CIRCULATOIRE. — A. SANG. — Sa *quantité* et sa *qualité* sont modifiées.

L'observation clinique fournit la preuve de l'*augmentation de la masse sanguine*, à en juger par les hémorrhagies considérables que certaines femmes supportent au moment de la délivrance, non seulement sans mourir de suite, mais même sans rester anémiées plus ou moins longtemps. Ajoutons à cet argument celui des abondantes saignées qu'on pratiquait à l'époque où l'idée de la pléthore était classique, et que quelques accoucheurs pratiquent encore dans certains cas. On n'a pas de preuve expérimentale de cette augmentation; mais il serait facile d'en avoir une en renouvelant sur des femelles pleines les expériences au moyen desquelles Cl. Bernard constata les variations, en quantité, du sang, pendant les digestions et dans leur intervalle. Il décapitait deux chiens, l'un à jeun, l'autre en pleine absorption. La pesée du liquide écoulé donnait des différences allant du simple au double.

Depuis les recherches d'Andral et Gavarret, de Becquerel et Rodier, et du professeur Regnault, on sait que la constitution chimique ou *qualité* du sang est modifiée par la grossesse. La *proportion d'eau* est *plus forte*; *celle des globules rouges est moindre* surtout à

(1) Suite. — Voir l'UNION MÉDICALE du 19 décembre 1882.

l'approche du terme, où l'on trouve 98 pour 1,000 parties, au lieu de 127 (Regnault, moyenne de sept analyses). De plus, les globules blancs augmentent (Grancher). Suivant l'expression du professeur Peter, il y a *leucocythose physiologique*. Le chiffre normal du *fer* et des sels *diminue*. Celui de l'*albumine baisse* graduellement avec les progrès de la gestation. Mais, sa partie spontanément coagulable, la *fibrine*, *croît* pendant les six derniers mois, ce qui explique la formation dans la palette de la couenne blanche appelée communément inflammatoire. Notons cependant que Jacquemier, sur 200 observations, n'a vu la couenne se produire qu'une fois sur six et que, dans la plupart des cas, les femmes saignées avaient de la fièvre.

Telles sont, avec la *diminution* de l'hémoglobine, matière colorante avide d'oxygène (Max Miskemann et Nasse, analyse spectrale), les principales notions que la science possède sur la composition du sang des femmes enceintes. Il faut avouer que c'est peu; mais avouons aussi que, malgré les persévérantes et utiles recherches de ces dernières années, nous ne savons presque rien de ce *milieu intérieur* (Cl. Bernard) qui développe et entretient la vie.

M. Guéniot, prenant en considération le fait de l'augmentation de la masse sanguine et de la diminution des globules rouges, en conclut qu'un globule isolé, qui normalement s'oxygène toutes les 50 secondes, ne s'oxygène plus que toutes les 35 secondes environ. Donc la masse du sang est moins riche en oxygène chez la femme enceinte et plus riche en acide carbonique. On pourrait ajouter que chaque globule est moins avide d'oxygène, si les expériences de Max Miskemann et de Nasse sont exactes. Or, cette abondance d'acide carbonique, cette prédominance du sang veineux sur le sang artériel serait éminemment favorable au développement plastique. Le docteur Guéniot donne pour preuves : l'évolution rapide du fœtus et le développement considérable de certaines tumeurs pendant la grossesse. En effet, d'une part, le fœtus consomme peu d'oxygène et son sang est presque partout mélangé; d'autre part, l'élément veineux prédomine dans les tumeurs qui s'hypertrophient durant la gestation.

Sans vouloir diminuer ce qu'il y a d'ingénieux dans cette théorie, et sans nier qu'elle puisse renfermer une part de vérité, remarquons que les parties du fœtus qui se développent le mieux sont précisément celles où le sang est le moins mélangé.

En résumé, la femme enceinte n'est ni *pléthorique*, au sens ancien du mot, comme on le croyait quand on saignait à outrance, ni *chlorotique*, théorie soutenue par Cazeaux qui donnait toujours des toniques. Il y a pléthore séreuse et hypoglobulie rouge. Voilà les phénomènes dominants.

Nous ferons remarquer que le nombre des globules rouges s'abaisse à mesure que la quantité de fibrine s'accroît. Le tableau du professeur Regnault le prouve. On peut citer ce fait à l'appui des théories du professeur Hayem, qui considère la fibrine comme le produit de décomposition des hématoblastes, ou globules rouges en voie d'évolution.

B. — Cœur et Vaisseaux. — Obligé de battre pour deux (Peter), *le cœur s'hypertrophie*. Signalée par Larcher en 1826, contrôlée par Beau et Ducrest en 1843, et confirmée par eux; vérifiée une seconde fois par Blot, non seulement par la mensuration, mais par des pesées; puis, contredite en Allemagne (Gerhard, 1862; Lohlein, 1876), et alors remise à l'étude en France (Du Castel, Rendu), contestée et réhabilitée, cette hypertrophie paraît être une règle que les inévitables exceptions confirment.

Elle atteint le ventricule gauche exclusivement. Elle est vraisemblablement compensatrice de l'accroissement de la tension vasculaire générale, démontrée par les tracés de Mahomed, Barnes et Macdonald, et due à la pléthore, peut-être aussi à la compression de l'aorte et de sa bifurcation par l'utérus gravide (Larcher, Maurice Raynaud).

Cette hypertrophie est transitoire et disparaît avec la cause qui l'a produite; mais si les grossesses sont très fréquentes, le muscle cardiaque épuisé peut s'altérer (myocardite, Ollivier), et des affections valvulaires (endocardites) se montrent chez des femmes jeunes encore (Bucquoy). Comme l'organe central de la circulation, les vaisseaux reçoivent le contre-coup de la surcharge sanguine. Leur tunique s'hypertrophie. Sous des influences multiples et mal déterminées, la circulation veineuse de la moitié inférieure du corps devient *mélancholique* (A. Paré), s'embarrasse dans certains cas et on voit paraître des varices qui s'effacent dès que la grossesse a terminé son cours.

(*A suivre.*) Dr H. Stapfer.

Faculté de médecine de Paris. — L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a, dans sa séance du jeudi 28 décembre 1882, désigné M. Proust pour suppléer M. le professeur Bouchardat dans le service des examens pendant l'année 1883.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre 1882. — Présidence de M. Jamin.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture sommairement d'une note de M. Brown-Sequard sur l'anesthésie produite par le gaz acide carbonique. Le savant professeur attribue à l'irritation nerveuse l'anesthésie produite, et il montre qu'en coupant les nerfs qui se distribuent à la partie insensibilisée, il fait cesser les phénomènes d'anesthésie.

Parmi les autres pièces de la correspondance, M. J. Bertrand mentionne une nouvelle étude de M. Leplay sur le maïs à ses différents degrés de maturation; — et la deuxième édition de l'ouvrage de M. Opolzer sur la détermination des orbites des planètes et des comètes. Puis il donne, ainsi que M. Dumas, son collègue, lecture de très nombreuses lettres émanées des diverses stations où a été observé le passage de Vénus sur le soleil. Ces lettres seront simplement énumérées dans les comptes rendus. Lorsqu'elles seront complètes, on les groupera ensemble et on les publiera toutes dans un même fascicule.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un associé étranger en remplacement de M. Wölher, décédé. L'Académie, par la voie du scrutin, donne, sur 46 votants, 30 suffrages à M. Bunsen; 7 à M. van Beneden; 4 à M. Nordenskioldt, et 2 à M. Hooker. Il y a 2 bulletins blancs. En conséquence, M. Bunsen est nommé associé étranger.

M. Faye, à propos d'une note envoyée par M. Young, astronome américain, revient sur les taches du soleil qui ne sont que des cyclones vus en projection horizontale, tandis que nous ne voyons les tornados terrestres que par les projections verticales; mais, pour un observateur qui pourrait s'élever dans l'atmosphère à plusieurs kilomètres au-dessus de la région où commencent les gyrations des couches supérieures de l'air, un cyclone terrestre présenterait exactement la même apparence que les taches solaires.

M. Dembo, dans une note présentée par M. Vulpian, rend compte de ses recherches expérimentales sur les contractions spontanées de l'utérus chez les mammifères. Voici comment l s'exprime :

« Après avoir expérimenté sur 123 animaux, je suis arrivé aux conclusions suivantes:

1° Il n'existe pas de contractions spontanées proprement dites de l'utérus; mais cet organe est susceptible de se contracter facilement sous l'influence de différents agents : chaque contraction dite spontanée est due à une cause physique ou mécanique.

2° L'utérus gravide est toujours plus apte à donner des contractions dites spontanées qu'un utérus non gravide, surtout sous l'influence de l'excitation thermique : sur la vache, dont une corne utérine est seule gravide, on voit, sous l'influence d'excitations semblables, cette corne se contracter plus énergiquement que la corne utérine vide du même utérus.

3° L'utérus d'une lapine très jeune donne parfois des contractions spontanées plus énergiques que celles d'un utérus adulte vierge.

4° Quand on ouvre le ventre avec précaution, dans une chambre bien chauffée, on observe rarement des contractions dites *spontanées*.

Pour bien comprendre la raison d'être de ces phénomènes, j'ai étudié l'action des différents agents : électriques, thermiques, mécaniques et chimiques, sur l'utérus de différents animaux à divers âges.

Quand on excite directement l'utérus ou bien la paroi inférieure, vésicale du vagin (antérieure chez la femme), du côté péritonéal, avec un de ces agents, on constate les faits suivants :

a. L'action chimique sur l'utérus est parfois nulle : avec les acides chromique, nitrique, acétique, portés directement sur la paroi inférieure du vagin, on provoque très rarement des contractions de l'utérus, bien que l'excitation de cette paroi, comme je l'ai démontré, soit particulièrement capable de déterminer les mouvements de l'utérus.

b. L'action mécanique, frottement, est un des excitants les plus constants dans leur action sur l'utérus gravide ou non gravide, soit qu'il ait conservé ses rapports normaux, soit qu'il ait été préalablement séparé de l'animal.

c. Les excitants thermiques, chaleur et froid, ont une action efficace sur l'utérus de tous les animaux susdits. Le degré d'excitabilité de l'utérus par cet agent est en relation directe avec la différence entre la température de l'utérus et celle du milieu ambiant.

Pendant la grossesse, l'excitabilité par les agents thermiques est de plus en plus marquée. J'ai pu faire expulser deux fœtus de l'utérus d'une lapine pendant la période de travail, en plongeant cet utérus dans un bain de 45°, tandis que le maximum du courant d'induction

obtenu à l'aide de l'appareil à chariot n'avait pas donné de contractions suffisantes pour produire ce résultat. Un cas pareil est cité par Calliburcès.

Si l'on considère, d'une part, cette différence d'excitabilité de l'utérus par les agents thermiques pendant la grossesse et dans l'état de vacuité et, d'autre part, la vive sensibilité de cet organe aux agents mécaniques, comme le frottement, on est porté à admettre que la divergence des opinions émises par les divers auteurs tient à la différence des méthodes qu'ils ont employées et à celle des conditions dans lesquelles ils ont opéré.

Cette action de la température explique pourquoi un utérus gravide offre souvent des contractions, dès qu'on ouvre le ventre de l'animal; plus le milieu dans lequel on opère est froid, plus les contractions deviennent fortes.

La preuve qu'il s'agit bien ici d'une action exercée par la chaleur extérieure, c'est qu'en répétant mes expériences à Vienne, dans le laboratoire de M. Stricker, qui est très chauffé, je n'ai pas observé aussi souvent des contractions que dans le laboratoire de l'École de Médecine de Paris.

A l'abattoir, où j'ai opéré dans la cour, par une température de 6° à 8° C., j'ai vu presque toujours des contractions des plus énergiques, et, parfois, ces contractions se renouvelaient sans cesse pendant trente minutes.

On ne peut donc pas considérer comme démonstratives les expériences de Frommel qui, dans un travail récent, a cru pouvoir établir la réalité des contractions spontanées de l'utérus à l'état normal, en y introduisant un tube et en inscrivant, à l'aide de l'hémodynamomètre, les mouvements de l'organe. Il me paraît certain que cet expérimentateur inscrivait ainsi non pas des contractions spontanées de l'utérus, mais des contractions provoquées par les excitations mécaniques provenant de l'action directe du tube ou du liquide employé dans ses expériences. » — M. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Gustave Bouchardat, comme membre titulaire dans la section de physiologie et de chimie, en remplacement de M. Bussy.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Bouchardat prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend des lettres de MM. les docteurs Vallin, Mauriac et Lunier, qui se présentent comme candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

—

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de MM. les docteurs Laveran et Teissier (de Lyon), un exemplaire de la deuxième édition de leur ouvrage en deux volumes intitulé : *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales.*

M. Bouley présente, au nom de MM. Nocard et Mollereau, une note intitulée : *De l'emploi de l'eau oxygénée comme moyen d'atténuation de certains virus.*

Il résulte de cette note que le virus du charbon symptomatique, par exemple, suffisamment étendu d'eau oxygénée, devient incapable de causer la mort, tout en procurant aux animaux inoculés une immunité relative pour l'action du virus un peu moins affaibli.

M. Bouley présente en outre, au nom de M. Galtier, professeur de police sanitaire, de jurisprudence commerciale et de médecine légale à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, un ouvrage en deux volumes intitulé : *Traité de jurisprudence commerciale et de médecine légale vétérinaires.*

M. Alfred Fournier présente, au nom de M. le docteur Poyet, un ouvrage intitulé : *Précis de laryngologie et de laryngoscopie.*

—

M. le président Gavarret rend compte de la visite faite, suivant l'usage, par le bureau de l'Académie, à M. le ministre de l'instruction publique, à l'occasion du jour de l'an. Comme tous ses prédécesseurs, M. Gavarret a appelé l'attention de M. le ministre sur l'insuffisance du local occupé par l'Académie et sur la nécessité de protéger les collections contre l'action destructive de la poussière et de l'humidité; comme tous ses prédécesseurs aussi, M. le ministre a écouté avec bienveillance les doléances de M. le président, a fait entendre de bonnes

paroles et a promis de s'occuper de donner satisfaction aux réclamations légitimes que l'Académie fait entendre en vain depuis 50 ans.

M. le président a ensuite présenté, dans une esquisse rapide, l'exposé des travaux accomplis par l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler; il a payé un tribut de regrets aux membres que la mort a frappés : Bussy, Pidoux, Amédée Latour, Woillez, Hillairet, Davaine; il a souhaité la bienvenue à ceux que l'Académie a appelés à les remplacer : MM. Mesnet, Mathias Duval, Bucquoy, Potain, Gariel et G. Bouchardat.

Il a terminé en remerciant ses collègues de l'honneur qu'ils ont bien voulu lui faire en le plaçant à leur tête et en l'appelant à diriger leurs séances pendant l'année 1883.

Le discours de M. Gavarret a été accueilli par des applaudissements unanimes.

M. Gavarret, avant de descendre du bureau, invite M. Hardy à prendre le fauteuil de la présidence.

M. Hardy demande à l'Académie de voter des remercîments aux membres sortants du bureau, demande à laquelle l'Académie répond par ses acclamations. Il invite ensuite M. Alphonse Guérin, vice-président, et M. Proust, secrétaire annuel, à prendre leur place au bureau.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, après appel nominal, à l'élection d'un membre associé national.

La liste présentée par la commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne : M. Cazeneuve (de Lille); — en deuxième ligne, M. Leudet (de Rouen); — en troisième ligne, M. Tholozan (en Perse); — en quatrième ligne, M. Ollier (de Lyon); — en cinquième ligne, *ex æquo*, MM. Parise et Béchamp (de Lille).

Le nombre des votants étant de 75, majorité 38, M. Leudet obtient 53 suffrages, M. Cazeneuve 16, M. Ollier 3, M. Tholozan 2, M. Béchamp 1.

En conséquence, M. Leudet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé national.

—

M. Gautier lit un rapport officiel sur des demandes en autorisation d'exploiter une nouvelle source minérale pour l'usage médical.

M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, lit un travail intitulé : *Traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique ou pyrogallol.* Voici les conclusions de ce travail :

1° L'acide pyrogallique ou pyrogallol, en détruisant la virulence du chancre simple, arrête le phagédénisme et le transforme rapidement en une plaie ordinaire.

2° Ne déterminant qu'une douleur très modérée, de quelques minutes de durée, limitant *presque exclusivement* son action caustique aux tissus malades, d'une application facile à répartir sur tous les points envahis, le pyrogallol, incorporé dans une pommade ou mélangé dans la proportion d'un cinquième avec une poudre inerte, est, jusqu'à ce jour, le meilleur topique pour le traitement du chancre simple et de son phagédénisme.

3° Les préparations peuvent, sans danger d'une absorption suffisante pour déterminer des phénomènes toxiques, être étendues sur de larges ulcérations phagédéniques.

4° D'une efficacité remarquable pour combattre le phagédénisme du chancre simple, le pyrogallol n'a pas d'action spéciale contre le phagédénisme des ulcérations syphilitiques (phagédénisme tertiaire).

Ce travail est renvoyé à l'examen de la section constituée en comité d'élection.

— La séance est levée à quatre heures vingt-cinq.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 décembre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Opération d'ablation de polype des fosses nasales, question de priorité. — Élections pour le renouvellement du bureau. — Rapports : 1° sur un travail relatif à l'opération de la cataracte sans iridectomie; — 2° sur une observation de taille latéralisée pour l'extraction d'un calcul vésical.

M. Trélat rappelle qu'il a présenté, il y a quinze jours, un malade auquel il a pratiqué l'ablation d'un polype muqueux enflammé de la fosse nasale gauche, polype à insertions multiples et à prolongements dans les divers sinus, ayant défoncé l'os unguis et le canal nasal. Cette opération a été pratiquée par le procédé suivant : incision partant du front et circonscrivant la tumeur en contournant l'aile du nez et descendant jusque dans le sillon naso-jugal; section, à l'aide de la cisaille et de la scie de Larrey, de l'os propre du nez, de l'apophyse

orbitaire interne du frontal et du bord inférieur de l'orbite, de manière à former un vaste lambeau quadrangulaire donnant un large accès dans la cavité nasale.

L'extirpation de cette volumineuse tumeur a pu se faire ainsi dans son entier; l'opération terminée, le lambeau, réappliqué, s'est réuni par première intention et le résultat a été aussi parfait que possible au double point de vue thérapeutique et plastique, car c'est à peine si, à la simple vue, on peut reconnaître les traces de l'opération.

M. le docteur Desprès (de Saint-Quentin), après avoir lu, d'après les journaux de médecine, la relation de l'opération pratiquée par M. Trélat, a cru devoir adresser à la Société de chirurgie une réclamation de priorité de l'application du procédé employé par M. Trélat. M. Desprès (de Saint-Quentin) aurait fait la première application de ce procédé en 1857 et il l'aurait décrit dans sa thèse inaugurale publiée en 1860.

En comparant l'opération pratiquée par M. Desprès (de Saint-Quentin) et la sienne, M. Trélat montre que les deux procédés présentent entre eux des analogies et des différences, et qu'en somme, ils s'adaptent à des conditions spéciales présentées par les cas particuliers dans lesquels ils ont été employés. On ne saurait donc faire de l'un ou de l'autre une application susceptible d'être généralisée à tous les cas d'extirpation de polypes des fosses nasales.

M. Desprès rappelle qu'il a fait, en 1872 ou 1873, une opération semblable à celle de M. Trélat et de M. Desprès (de Saint-Quentin), pour l'ablation d'une exostose du sinus maxillaire. Avant lui, d'ailleurs, comme avant son homonyme de Saint-Quentin, des opérations analogues avaient été pratiquées par divers chirurgiens, de telle sorte qu'une revendication de priorité ne saurait, suivant lui, être admise à ce sujet.

M. Trélat déclare n'avoir pas voulu poser une question de priorité en présentant son malade et en décrivant le procédé opératoire qu'il a employé dans ce cas particulier et qui lui paraît avoir eu les trois avantages suivants :

1° D'ouvrir un accès large et facile à l'opérateur;

2° De lui permettre de pratiquer une opération complète;

3° De donner un résultat excellent, au double point de vue plastique et thérapeutique.

— La Société de chirurgie procède à une série de scrutins pour le renouvellement de son bureau. Voici les résultats de ces scrutins :

M. Guéniot, vice-président, est élu président pour l'année 1883, par 22 suffrages contre 1 à M. Desormeaux et 1 bulletin blanc, sur 24 votants.

M. Marc Sée est élu vice-président, pour l'année 1883, après deux tours de scrutin, dans lesquels les suffrages se sont répartis de la manière suivante :

Premier tour. — Votants 26, majorité 14.

M. Marc Sée obtient 11 suffrages, M. Desprès 10, M. Cruveilhier 2, M. Desormeaux 2.

Deuxième tour. — Votants 27, majorité 14.

M. Marc Sée obtient 20 suffrages, M. Desprès 4, M. Cruveilhier 2, M. Desormeaux 2.

M. Marc Sée est élu. Il convient de dire qu'entre les deux scrutins M. Desprès avait fait une déclaration d'après laquelle, tout en remerciant les collègues quiavaient bien voulu lui accorder leur suffrage, il annonçait qu'il croyait devoir retirer sa candidature.

Les scrutins pour l'élection des deux secrétaires annuels donnent les résultats suivants :

M. Périer est élu premier secrétaire annuel par 23 voix sur 24 votants;

M. Lucas-Championnière est élu deuxième secrétaire par 14 voix, contre 4 à M. Terrier et 2 à M. Théophile Anger, sur 20 votants.

Enfin M. Berger, trésorier, et M. Terrier, archiviste, ont été maintenus par acclamation dans les fonctions qu'ils remplissent déjà depuis plusieurs années.

Le bureau de la Société de chirurgie, pour l'année 1883, se trouve donc constitué de la manière suivante:

Président, M. Guéniot; vice-président, M. Marc Sée; secrétaire général, M. Horteloup; premier secrétaire annuel, M. Périer; deuxième secrétaire annuel, M. Lucas-Championnière; trésorier, M. Berger; archiviste, M. Terrier.

— M. Terrier lit un rapport sur un travail de M. le docteur Galezowski, intitulé : *De la nécessité d'abandonner l'excision de l'iris dans l'extraction de la cataracte et de revenir à l'ancienne méthode française.*

On sait que l'ancienne méthode française consiste à tailler un grand lambeau cornéen pour l'extraction du cristallin opaque. Il y a donc nécessité, si l'on abandonne l'iridectomie dans cette opération, de tailler un grand lambeau cornéen.

Dans la méthode à lambeau, de Jacobson, mais surtout dans la méthode dite *linéaire com-*

binée, ou de von Graefe, l'iridectomie était, elle est restée une véritable nécessité opératoire. Sans cette excision, le cristallin ne sortirait que fort difficilement en contusionnant l'iris et en l'entraînant mécaniquement, c'est-à-dire en exposant aux hernies et aux synéchies antérieures. De plus, s'appuyant sur les résultats extraordinaires fournis par l'iridectomie dans le glaucome aigu, on admit, toujours avec von Graefe, que cette opération prévenait les accidents inflammatoires consécutifs à l'extraction. L'iridectomie n'avait donc pas un simple but mécanique, elle était encore antiphlogistique, d'où son importance : aussi l'acceptait-on sans conteste, et, on peut le dire, comme un véritable article de foi, malgré quelques protestations, en particulier celles de Von Hasner.

Les choses se modifièrent quelque peu lorsque surgirent les transformations de la méthode linéaire. A l'incision linéaire, ou presque linéaire périphérique, faite dans le lambeau scléro-cornéen, furent substituées des incisions toujours périphériques, mais surtout dans la cornée. Il y avait là déjà les éléments d'un petit lambeau (Critchett, Nowmann). Bientôt ces lambeaux devinrent plus étendus (Liebreich, Warlomont et Lebrun, Maurice Perrin, de Wecker), et alors seulement les opérateurs discutèrent la valeur de l'iridectomie. Quelques-uns, quoique suivant les préceptes de Von Graefe, l'avaient déjà très réduite, Sichel fils, par exemple; d'autres la regardaient comme facultative (Maurice Perrin); d'autres, enfin, la crurent nuisible et l'abandonnèrent (Liebreich, Lebrun et Warlomont, de Wecker).

En fait, en revenant peu à peu à la taille des lambeaux, c'est-à-dire à la méthode dite de Daviel, on abandonna l'iridectomie ou on s'efforça de supprimer ce temps de l'opération de la cataracte. C'est ce que M. Galezowski vient faire, à son tour, après beaucoup d'autres, en proposant d'abandonner l'iridectomie, en même temps qu'il substitue la taille d'un lambeau à la section linéaire qu'il avait pourtant préconisée en la modifiant quelque peu lui-même. Ce changement de M. Galezowski serait motivé par quelques insuccès opératoires et par des accidents de phlegmons oculaires survenus malgré l'usage méthodique des antiseptiques et du spray phéniqué. Le procédé nouveau proposé par M. Galezowski ne serait, suivant M. le rapporteur, qu'une variété de la méthode à petit lambeau.

Avec le couteau, M. Galezowski fait la ponction et la contreponction à la limite scléro-cornéenne; puis, il taille un lambeau dont le sommet répond à deux millimètres du bord scléro-tical. La lentille cristalline, affirme l'auteur, sans plus de détails, sort facilement, la pupille se dilate sous la pression du cristallin et laisse le passage libre; puis l'iris rentre tout seul à sa place, ou bien on le repousse à l'aide d'un stylet fin en argent.

Suivant l'auteur, le procédé à petit lambeau semi-elliptique aurait, sur celui de Daviel, l'avantage de permettre une coaptation plus facile et une cicatrisation plus rapide.

D'après M. le rapporteur, le procédé à petit lambeau semi-elliptique de M. Galezowski n'aurait rien de nouveau et ce lambeau aurait été taillé par M. de Luci, il y a 14 ou 15 ans. La seule différence qui paraisse exister entre les procédés de M. de Luci et de M. Galezowski serait que, dans ce dernier, la base du lambeau est un peu plus large d'environ 1 millimètre.

Quoi qu'il en soit, l'application de ce procédé par M. Galezowski aurait donné, dans 40 cas, comme résultat, 5 cicatrisations difficiles du lambeau, malgré l'incision semi-elliptique, et l'absence d'iridectomie aurait donné lieu à 4 hernies de l'iris dont deux au moins avec synéchies antérieures; deux de ces hernies auraient nécessité même l'excision de l'iris. Il faut noter encore 3 iritis dont une avec hypopyon.

Ces résultats doivent-ils faire abandonner la méthode linéaire combinée, plus ou mois modifiée par les ophthalmologistes anglais, par exemples? Doivent-ils faire abandonner les procédés à petits lambeaux, préconisés dans ces derniers temps par divers chirurgiens, pour revenir à l'ancienne méthode de Daviel ou de Beer? « M. le rapporteur ne le croit pas, étant donnés le petit nombre de faits relatés par l'auteur et surtout l'absolue insuffisance des détails sur l'opération et sur les résultats obtenus. »

M. le rapporteur propose, en terminant, d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son travail aux Archives. (Adopté.)

M. Desprès a vu Desmarres et Nélaton pratiquer l'opération de la cataracte, d'après la méthode de Daviel, avec d'excellents résultats; aujourd'hui on semble vouloir revenir à cette méthode longtemps délaissée pour la méthode de M. de Graefe. C'est le cas de dire : *Multa renascentur quæ jam cecidere.*

— M. Chauvel lit un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Cauvy (de Béziers), candidat au titre de membre correspondant national. Cette observation a pour titre : *Contracture de la portion musculaire du canal de l'urèthre, calcul vésical, taille latéralisée, guérison.*

Il s'agit, dans cette observation, d'un individu qui avait les signes rationnels d'un calcul vésical et chez lequel l'exploration de la vessie était rendue impossible par une contracture

spasmodique du canal de l'urèthre. Il fallut provoquer le sommeil anesthésique pour arriver à faire cette exploration qui donna des résultats négatifs au point de vue de l'existence d'un calcul vésical.

Un traitement prescrit dans l'hypothèse d'une contracture spasmodique de l'urèthre, n'amena qu'un soulagement momentané. La rétention d'urine se reproduisit et l'impossibilité de faire le cathétérisme nécessita de nouveau l'anesthésie chloroformique à la suite de laquelle on découvrit, cette fois, avec certitude la présence d'un calcul vésical. La taille latéralisée, en permettant l'extraction du calcul, fit cesser la contracture de l'urèthre et amena la guérison du malade. — A. T.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel pratique de laryngoscopie et de laryngologie, par M. le docteur G. Poyet. — Paris, 1883; O. Doin.

Ce volume mérite bien le titre de *Manuel pratique des maladies du larynx*. A ce titre, et comme d'autres ouvrages qui font partie de la même collection, on ne saurait contester son utilité. Un tel livre ne suffirait pas assurément pour apprendre la pathologie des maladies du larynx; il n'en est pas moins précieux pour la pratique de la médecine. Le laryngoscopiste qui ne fait pas sa spécialité de cette partie de la médecine, pourra rapidement se rappeler les détails trop vite oubliés et très nombreux de la technique, des instruments explorateurs, le manuel opératoire de l'électrisation et de la cautérisation des diverses parties du larynx. Dans les résumés de la pathologie, il trouvera les indications diagnostiques et thérapeutiques qui échappent parfois à la mémoire la moins infidèle.

Certes, on ne sera pas laryngoscopiste après avoir lu ce petit livre, mais on pourra satisfaire aux exigences de la pratique usuelle. Écrit avec clarté, conçu avec méthode, illustré de nombreuses figures intercalées dans le texte et de belles planches coloriées, ce livre fait honneur au docteur Poyet et a sa place marquée dans la bibliothèque du médecin praticien. Existe-t-il beaucoup d'ouvrages semblables dont on pourrait en dire autant ? — C. Eloy.

—

Manuel de technique microscopique, par M. le docteur Latteux. — Paris, 1883; Coccoz et Lecrosnier.

Cette deuxième édition du livre du docteur Latteux témoigne de la faveur avec laquelle les étudiants et les médecins ont accueilli la publication de ce guide pratique pour l'étude et le maniement du microscope. M. Latteux est un vétéran de l'enseignement histologique. Il a acquis une expérience qui l'autorisait à prendre la plume et à écrire un Manuel qui a la prétention, non pas de former des histologistes, mais de mettre les lecteurs dans l'état de faire des analyses indispensables dans l'exercice courant de la profession médicale.

Il est certain que de tels ouvrages font disparaître les obstacles qui effrayent les débutants en histologie et rendent par conséquent d'inestimables services à la science. Simplifier les procédés, trop souvent mal définis ou compliqués, tel est le but de l'auteur : c'est aussi là l'un des éléments puissants du succès de cet ouvrage, dont la deuxième édition ne sera pas moins bien accueillie que la première par le public médical. — L. D.

—

Manuel pratique des maladies de l'oreille, par M. le docteur Guerder. — Paris, 1883; O. Doin.

Conçu au point de vue pratique, ce petit livre est le résumé d'une longue expérience de l'otologie. Il démontre, une fois de plus, que cette science ne présente pas de difficultés insurmontables et que souvent le traitement rationnel des maladies de l'oreille peut être appliqué avec succès par les médecins autres que les spécialistes. Ce n'est pas à dire pour cela que, dans les cas rebelles et difficiles, une connaissance plus profonde de l'otologie ne soit pas indispensable. En tout cas, M. Guerder a mis entre les mains du public médical un livre qui permettra de pourvoir aux besoins usuels de la pratique. Nous signalerons des pages intéressantes sur l'hygiène de l'oreille, la surdi-mutité, l'éducation des enfants sourds et le rôle pathogénique des maladies générales dans le développement des troubles auriculaires. — L. D.

—

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 22 au 28 décembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,116. — Fièvre typhoïde, 66. — Variole, 11. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 35. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 6. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchites aiguës, 44. — Pneumonie, 82. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 33 ; au sein et mixte, 25 ; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95 ; circulatoire, 73 ; respiratoire, 91 ; digestif, 53 ; génito-urinaire, 25 ; de la peau et du tissu lamineux, 7 ; des os, articulat. et muscles, 8. — Après traumatisme, 2. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 52e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,169 naissances et 1,116 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,064, 1,135, 1,094, 1,202. Le chiffre de 1,116 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir une atténuation pour la Fièvre typhoïde (66 décès au lieu de 84 pendant la 51e semaine).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 11 décès par Variole (au lieu de 9), 16 par Rougeole (au lieu de 18), 7 par Coqueluche (au lieu de 5), 6 par Erysipèle (au lieu de 9), 6 par Infection puerpérale (au lieu de 9) et 35 par Diphthérie (pareil chiffre avait été constaté pour la précédente semaine).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (145 malades reçus du 18 au 24 décembre, au lieu de 171 entrés pendant les 7 jours précédents) et pour la Diphthérie (19 au lieu de 37), et supérieur pour la Variole (28 au lieu de 15).

Résumé de la situation sanitaire pendant le 4e trimestre 1882.

Nous donnons ci-après le total des nombres de naissances et de décès relevés dans les bulletins des 13 semaines (40 à 52) qui correspondent au 4e trimestre des années 1881 et 1882 :

4e trimestre	1881	naissances	14,939	décès	13,088
4e —	1882	—	15,290	—	14,173
En plus en	1882	naissances	351	décès	1,080

L'excédent de décès présenté par l'année 1882 est le résultat de l'épidémie typhoïdique dont Paris vient d'être victime. C'est ce que montre la comparaison des chiffres de décès causés par les affections épidémiques durant ces mêmes périodes :

		Fièvre typhoïde.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphthérie.	Infection puerpérale.
4e trimestre	1881	433	119	152	48	619	80
4e —	1882	1571	101	136	16	419	55
En plus en	1882	1138	»	»	»	»	»
En moins en	1882	»	18	16	32	200	25

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Potion contre la bronchorrée. — Bamberger.

Baume de copahu	10	grammes.
Gomme arabique.	10	—
Hydrolat de menthe.	150	—
Sirop de menthe	20	—

F. s. a. une potion, dont on prescrit une cuillerée à bouche, matin et soir, aux personnes atteintes de bronchite chronique avec expectoration très abondante. — Inhalations de térébenthine ou de goudron. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Lesage, candidat au doctorat en médecine, boursier près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est transféré, en la même qualité, à la Faculté de Paris.

Faculté des sciences de Paris. — M. Joyeux-Laffuie est maintenu, pendant l'année 1882-1883, dans les fonctions de préparateur de zoologie (laboratoire de Roscoff), en remplacement de M. Delage, appelé à d'autres fonctions.

M. Fernbach, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur du cours de chimie biologique, en remplacement de M. Noel, démissionnaire.

Une indemnité de 1200 francs, payable mensuellement d'avance par douzième, est accordée à Mlle Fanny Bignon, qui devra suivre, pendant l'année scolaire 1882-1883, les cours préparatoires à la licence ès sciences naturelles.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Dauvergne (Ange-Édouard-Prosper) est nommé pour deux ans aide des travaux pratiques d'histoire naturelle, en remplacement de M. Paumès, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Jeannel (Sidoine) est nommé pour deux ans aide préparateur du laboratoire d'hygiène, en remplacement de M. Bentkonski, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Chapu, ancien aide d'anatomie, est chargé provisoirement des fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. François, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Lavocat est maintenu, pendant l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de préparateur du laboratoire de clinique médicale.

Conseil municipal. — La commission du budget s'est réunie le samedi 16 décembre au pavillon de Flore pour examiner le budget de l'Assistance publique. Invité par un des membres de la commission à faire connaître son opinion sur l'opportunité de la création d'un hôpital-hospice, M. Quentin, directeur de l'Assistance publique, a déclaré qu'un établissement de cette nature serait appelé à rendre les plus grands services. Il y a, à l'heure actuelle, plus de 1,500 demandes d'admission dans les hospices classées par la commission comme étant très urgentes. Ces vieillards devraient être placés immédiatement si la place ne faisait défaut. Si l'on ajoute à ce chiffre les demandes reconnues admissibles (urgentes, 403; justifiées, 222), on arrive à un chiffre de 2125 indigents qui devraient pouvoir trouver place dans les hospices.

Corps de santé militaire. — Par décisions ministérielles en date des 30 novembre et 6 décembre 1882, sont nommés membres de la commission spéciale chargée de préparer un nouveau règlement sur le service de santé, en conformité de la loi du 16 mars 1882 et du décret du 27 mai 1882 :

Président : M. le général Fay, commandant la 4e brigade d'infanterie. — Membres : MM. Baratier, sous-intendant militaire de première classe, professeur à l'École supérieure de guerre; Allaire, médecin principal de première classe, médecin en chef de l'hôpital Saint-Martin, à Paris; Altmayer, chef de bataillon au 5e de ligne ; Chambé, médecin-major de première classe au 74e de ligne, rapporteur; Schaeuffele, pharmacien-major de première classe, attaché au ministère de la guerre; Sézary, officier d'administration principal, comptable de l'hôpital du Val-de-Grâce; Troy, faisant fonctions de sous-chef au bureau des hôpitaux, au ministère de la guerre.

— Par décret en date du 18 décembre 1882, M. David de Lestrade (Léonard), médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin principal de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

Hôpital civil de Mustapha Alger. — Les concours pour l'internat et l'externat se sont terminés par les nominations suivantes:

Internes titulaires: MM. Lafosse, Mauduit et Guérin. — *Internes provisoires*: MM. Fourchauld, Combes et Abdel-Kader ben Taïeb ben Zarah. — *Externes*: MM. Pellerin, Ghegre, Bérard, Villers, Martin, Benoît et Hanoune.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

DU DIABÈTE SUCRÉ ET NÉVRALGIES DE LA DEUXIÈME PAIRE.

(Hôpital de la Charité. — Service de M. PETER.)

Glycosuries par irritation du système nerveux. — Diabète sucré et hyperesthésies douloureuses du nerf pneumo-gastrique. — Névralgies de ce nerf et du nerf phrénique. — Efficacité du traitement par la morphine.

Il est un fait désormais incontestable, dans l'étiologie du diabète sucré : c'est que la glycosurie, comme la polyurie et l'albuminurie sont très souvent le résultat de modifications ou de lésions du système nerveux. Ici, du moins, l'observation clinique est en parfait accord avec la médecine expérimentale.

On connaît, en effet, les albuminuries physiologiques par section du sympathique (Vulpian) ou par lésions des hémisphères cérébraux (Ollivier), et des albuminuries pathologiques dans l'hémiplégie (Gubler), ou les hémorrhagies protubérantielles (Magnon, Desnos, Liouville). Telles sont aussi les polyuries expérimentales par blessures ou altérations organiques du quatrième ventricule (Cl. Bernard), ou bien d'autres régions de l'encéphale (Brown-Séquard, Schiff, Ollivier), et les polyuries des maladies nerveuses.

Telle est enfin la glycosurie provoquée artificiellement par les lésions, les irritations directes ou réflexes les plus variées du système nerveux (Brown-Séquard), et celle qu'on observe au lit du malade dans des conditions pathologiques non moins multiples.

On a signalé depuis longtemps les glycosuries consécutives aux traumatismes et

FEUILLETON

CAUSERIES.

La présente *Causerie* était destinée à paraître la veille de la Saint-Sylvestre, quand des nécessités de mise en page sont venues en interrompre l'enfantement. A l'inverse des commerçants, qui comptent sur la dernière quinzaine de décembre pour l'écoulement de leurs marchandises, j'ai dû restreindre le débit de la mienne, avec l'espoir que les consommateurs ne s'en plaindront pas trop. Malgré ce retard, il est temps encore d'exécuter quelques modulations de circonstance sur le jour de l'an, hors duquel point d'actualité. Autrefois, à pareille époque, le maître de céans, le regretté Simplice, faisait les honneurs de son feuilleton à sa nombreuse clientèle de lecteurs, en adressant à chaque catégorie de destinataires les souhaits appropriés. Ces traditions de courtoisie étaient permises à sa grande autorité, et il pourrait les continuer encore, sans apporter de grands changements à ses anciennes formules : ce qui prouve que les souhaits en question, comme tous ceux qui se débitent fin courant, n'ont pas été exaucés. L'Académie ne voit toujours que dans ses rêves le palais où elle aspire à s'installer commodément ; pourtant, au moment même où j'écris, je crois entendre le ministre de l'instruction publique renouvelant à nos académiciens les promesses tant de fois enregistrées déjà. La Direction de la santé publique va figurer aussi, comme plat du jour, parmi les friandises offertes à ceux qui iront recevoir les étrennes du Corps médical. Pour toutes ces libéralités verbales que font éclore les réceptions du premier janvier, la confiserie a trouvé le mot propre dans ce produit inconsistant qu'on appelle des *fondants*. Quant à l'Association générale, à laquelle le nom et le souvenir d'Amédée Latour restent si étroitement attachés, elle pour-

à la commotion de l'encéphale (Goolden, Istrighton, Paggle, Fischer, Robin, etc.) (1), celle qui se manifeste dans le cours des maladies cérébrales après des excitations psychiques et un travail mental prolongé, ou bien à la suite de chagrins et d'émotions morales (2). Il en est de même de la glycosurie des névroses après les attaques d'épilepsie ou d'hystérie, de celle qui accompagne les traumatismes spinaux, et dont la pathogénie a été expliquée par l'hypothèse d'une commotion médullaire ou d'une irritation des nerfs rachidiens et du trisplanchnique.

Et, en effet, les irritations du système nerveux cérébro-spinal, quelque variées qu'elles soient de siège et de nature, peuvent provoquer la glycosurie. C'est là un des motifs de l'importance légitime que M. le professeur Peter attribue dans l'étiologie et le traitement de la glycosurie aux irritations des branches du nerf trisplanchnique. A ce point de vue, il est facile de mesurer le grand rôle pathogénique que ce cordon nerveux (3) peut remplir, d'après l'étendue de sa distribution et l'activité de son intervention dans les grandes fonctions de l'organisme.

Il est difficile, par exemple, de mettre ce nerf hors de cause dans les glycosuries qui suivent l'ingestion dans l'estomac de certains aliments et de certaines substances, telles que l'éther. (4) De plus, on rencontre des faits cliniques dont l'interprétation est en harmonie avec les expériences physiologiques ; les suivants sont de ce nombre. C'est ainsi qu'en 1878, M. Peter est appelé auprès d'une femme diabétique, polyurique et aménorrhéïque. Elle éprouvait de l'hyperesthésie à la nuque et la sensation de « *cordes douloureuses* » de chaque côté du cou. L'administration de l'extrait de valériane à hautes doses, selon la méthode classique, n'eut d'autre action que de provoquer des vomissements violents.

(1) Fischer, *Arch. gén. de med.*, septembre 1882. — A. Robin, *Société de biologie*, 1879, p. 451. — Trousseau, *Clinique méd.*, art. *Diabète.*

(2) Leudet, *Gaz. méd. de Paris*, 1858, p. 146. — Fauconneau-Dufresne, *De l'influence du système nerveux sur la production du diabète* (*Gaz. hebdom.*, 1860, p. 133). — Noble, *Rankings abstracts*, 1863, t. II, p. 170. — Richardson, *Brit. and foreign med. chir. rev.*, 1873, t. II, p. 116. — Bouchardat, *Bulletin gén. de thérap.*, 1875, p. 145. — Voir : Revue critique, par Féré, in *Arch. de neurologie*, 1882. — Bordier, *Journal de thérap.*, 1881, p. 23.

(3) Voir : Pavy, *The Lancet*, 1878, t. II, p. 320. Ses rapports avec l'ataxie locomotrice (*eod. loc.*, p. 393). — Taylor (*eod. loc.*, p. 253 et 350).

(4) Il ne saurait être ici question des *pseudo-glycosuries* consécutives à l'emploi du chloroforme.

---

suivra sa marche lente vers la prospérité, moins heureuse que certaines autres associations qui ont pu atteindre d'emblée la fortune, par le simple mécanisme d'une loterie.

Étant données les innombrables preuves qui établissent, depuis des siècles, l'inefficacité et le faible rendement des souhaits de bonne année, il me paraît sage de m'en abstenir et de remettre au hasard tout le soin des surprises que nous pourrons éprouver en 1883. Chacun restera libre de faire son choix et de s'adresser, pour son propre compte, les vœux les plus sincères. Il peut se produire bien des événements imprévus; il peut même arriver qu'un médecin soit élu, en cas de vacance, dans la section de médecine de l'Académie des sciences ; mais ce sont là des choses tellement invraisemblables, qu'il faudrait pousser bien loin l'amour de la fantaisie pour en parler dans un compliment de bonne année. Il est d'ailleurs convenu que tout ce qu'on demande pour son prochain dans les morceaux oratoires de la saison, n'a aucune chance de se réaliser; que personne n'y compte, ni celui qui verse l'eau bénite de cour, ni celui qui la reçoit; et tout se passe ainsi dans une atmosphère artificielle, dans un réseau de conventions multiples qui nous enserrent et donnent à cette soi-disant fête un ton de médiocrité affligeant.

Il y a des heureux pour qui le jour de l'an est une vraie fête; par exemple, les concierges, les collégiens et les enfants, ces derniers surtout dont les joies sont sans mélange, sans cartes de visite, et dont les épanouissements au dépaquetage des étrennes sont un bien joli moment pour tout le monde. En dehors de ces quelques privilégiés, connaissez-vous rien de comparable à l'asservissement auquel se condamnent les hommes, sous le couvert du jour de l'an? Et comprend-on que les peuples les plus prompts à secouer tous les jougs, subissent docilement celui-là et s'ingénient même à en renforcer les liens? Il y a quelques années, une proposition très sensée avait été mise en avant, de renoncer à ces échanges de cartes, qui met-

L'estomac était, en effet, intolérant; néanmoins la morphine fut prescrite. Sous son influence, la sensibilité douloureuse des pneumogastriques et la glycosurie disparurent rapidement. Depuis cette époque, la malade est restée en observation; de sorte que cette guérison est durable et que, seule, l'aménorrhée a persisté.

Récemment encore, le même succès thérapeutique a été obtenu chez un autre malade de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Cet individu, âgé de 61 ans, dépourvu de tout antécédent morbide héréditaire ou acquis, avait, il y a sept ans, été atteint de diabète sucré avec polyurie. Depuis, il a eu une pneumonie et, avant son entrée à l'hôpital, un accès de goutte subaiguë localisée aux orteils du pied gauche et accompagnée de kératite, de dyspnée et de palpitations de cœur (1).

Actuellement cet organe est hypertrophié, la contraction myocardique très sourde, et en pratiquant l'auscultation le long du bord gauche du sternum, on entend un bruit de galop par redoublement du premier bruit. Le pouls petit, rapide et faible, bat 100 fois par minute. Le foie est douloureux à la pression et augmente de volume, surtout suivant le diamètre vertical qui mesure plus de 14 centimètres. La quantité des urines oscille chaque jour entre 2 litres et 2 litres 1/2; leur coefficient en sucre est de 10 grammes pour 1,000 et leur poids spécifique de 1020.

Si cette glycosurie ne s'accompagnait pas de polydipsie, de polyphagie, ni des symptômes éloignés caractéristiques, elle n'en était pas moins remarquable par la présence de *points douloureux* névralgiques au niveau des *trous de conjugaison des premières racines cervicales droites* et sur le *trajet cervical du tronc du pneumogastrique droit*. Des cautérisations ponctuées sont pratiquées sur la région précordiale, le régime diabétique est institué et, en même temps, la morphine est administrée à l'intérieur. Après treize jours de traitement, on observe la diminution du volume du foie, ainsi que la disparition des points névralgiques et du sucre dans les urines. Le malade est mis au régime commun, qu'il ne doit plus quitter.

C'est alors que, quatre jours plus tard, il prend une bronchite subaiguë avec des accès de suffocation et d'asthme cardiaque. Sous l'influence des potions éthérées et du sirop de Tolu, la glycosurie reparaît, mais faiblement d'ailleurs, comme le témoigne la réduction lente et incomplète de l'oxyde de cuivre. Ces accidents transitoires cessent bientôt; le diamètre vertical du foie ne mesure plus que

(1) Voir : Brocklesby, *Diabetes attended with incommon irregularities of the pulse and palpitations of the heart*, (*Med. obs. Soc. of London*, 1877, p. 274.)

---

tent la poste sur les dents et compromettent la bonne expédition des correspondances utiles; les sommes considérables englouties chaque année dans ce singulier trafic auraient été reportées sur des œuvres de bienfaisance. Des progressistes, en petit nombre, adoptèrent cette idée et furent vigoureusement conspués par leurs contemporains, pour qui le rectangle de carton est demeuré une de nos institutions fondamentales. Et aujourd'hui, la circulation de ces petits imprimés est plus active que jamais. Comment voulez-vous nous persuader cependant que vous et vos correspondants, vous puissiez attacher la moindre valeur à cette étiquette, que d'abord vous n'écrivez pas vous-même, ce qui serait une preuve d'attention, et ensuite que vous lancez dans une enveloppe ouverte, sans précaution contre les indiscrets, sans aucun des égards matériels dont vous savez bien entourer le moindre envoi digne de quelque intérêt? Et c'est votre propre nom que vous traitez avec ce sans-façon, et vous voulez que cette formalité lithographiée et économique passe sérieusement pour un témoignage de sympathie, de souvenir, de toute espèce de sentiments, transportable pour cinq centimes? Il est clair que le genre humain peut se diviser en deux grandes classes : ceux qui vous tiennent au cœur, et n'ont pas besoin d'une carte pour en être assurés; et les autres, pour lesquels cela importe encore bien moins. Je me sentirais volontiers des velléités d'insurrection contre les politesses banales, les simagrées tyranniques qui nous harcèlent ces jours-ci et me semblent indignes d'une époque de liberté. Est-ce donc bien la peine de mettre son soulier dans la cheminée la nuit de Noël, quand on est à peu près sûr qu'on n'y trouvera comme étrennes que des cors et des œils-de-perdrix? Si la Providence veut m'être agréable dans l'avenir, elle me fera revivre dans les planètes qui mettent une vingtaine d'années à accomplir leur révolution autour du soleil; là, au moins, on peut envisager le jour de l'an avec philosophie.

10 centimètres et la glycosurie peut être considérée comme définitivement guérie. Seuls les troubles cardiaques sont encore persistants, ainsi que la petitesse et la précipitation du pouls.

Quelle était la nature de cette hyperesthésie de la région cervicale? Par sa localisation, elle a le caractère de points névralgiques, et par son siège elle correspond au trajet du tronc du pneumogastrique. On ne peut donc pas la confondre avec les points cervicaux sternaux ou apophysaires, ni avec les irradiations douloureuses sur les plexus nerveux voisins, tous signes physiques de la névralgie du nerf diaphragmatique (1). Néanmoins, les faits sont toujours loin d'être aussi nets, et il ne faut pas oublier les relations anastomotiques des nerfs phréniques avec les pneumogastriques (2). C'est ainsi encore que, la maladie siègeant à droite, on peut confondre la douleur hépatique avec celle dont l'hypocondre droit est le siège, dans les névralgies du nerf phrénique droit.

Quelle est l'origine de ces hyperesthésies et de ces points névralgiques? Doit-on les regarder comme des phénomènes de consomption diabétique, les comparer aux névralgies diabétiques des nerfs intercostaux ou sciatiques, à ces hyperesthésies partielles dont on a fait les indices d'une profonde débilitation, d'un état avancé de dystrophie générale? Non assurément, puisque chez ces malades, tout au moins, la phase d'antophagie et de consomption n'était pas encore commencée.

D'autre part, l'existence du diabète était incontestable. L'analyse chimique avait depuis longtemps révélé la présence du sucre dans les urines; la polydipsie, la polyurie, la polyphagie existaient ou avaient existé. Ces symptômes sont ceux de la glycosurie diabétique; ils manquent dans les glycosuries simples et transitoires (3).

Quel a donc été le rôle de la névralgie du pneumogastrique dans cette melliturie diabétique? Schearman, Habershon ont déjà discuté cette question. M. Vergely a insisté sur les angines de poitrine du diabète et il est démontré que, dans l'angine de poitrine, le pneumogastrique peut jouer un rôle, en raison des *seynergies morbides* qu'il possède (4). (H. Huchard.)

(1) Voir : Gueneau de Mussy, *Arch. gén. de méd.*, 1853. — Jalot, *Montpellier méd.*, 1866. — Peter, *Arch. gén. de méd.*, 1871. — Testaud, thèse de Paris, 1873. — Brissard, *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1876.

(2) Bouillaud, *Traité des mal. du cœur*, p. 262.

(3) Jaccoud, *Dict. de méd.*, art. *Diabète*, p. 361.

(4) Schearman, *Med. Tim. and gaz.*, 1856, t. II, p. 283. — Habershon (*cod. loc.*), 1876,

---

Ce qui est plus grave encore, et voici un point de vue qui appelle l'attention, ce sont les déplorables conséquences de toutes ces coutumes au point de vue de l'hygiène. Il n'est point d'attentats contre la santé que nous n'accumulions à plaisir. L'indigestion et le refroidissement sont à l'ordre du jour. Sanglé et court vêtu, il faut patauger dans la boue, humer le brouillard du matin, jouer des coudes dans la foule des promeneurs fertile en miasmes, dîner et se coucher hors de toute règle, enfin perdre en toute chose le régime et la mesure. Dans la journée, pour vous réconforter, vous avez à subir le supplice des bonbons; ils vous sont offerts avec tant de grâce, ils sont d'une si bonne marque, ils sont contenus dans un si joli récipient, que vous ne pouvez refuser. Alors vous commencez par mettre, sur vos doigts ou sur vos gants, une certaine quantité d'un enduit sirupeux, qui se disperse ensuite, en petites constellations, à travers votre chapeau et votre pardessus; de visite en visite, vous vous chargez l'estomac d'une masse de sucre qui fermente et vous donne, tout le long du tube digestif, une sensation de fadeur voisine de la nausée, comme si l'on était transformé soi-même en un vaste pot de confiture. Les grands s'arrêtent encore en chemin, à force d'écœurement; mais les enfants, allez-donc leur dire qu'il ne faut plus manger de bonbons, quand la maison en est pleine, et que tout le monde en apporte. Ils savent bien que le sucre ne fait pas tomber les dents; sans quoi, les dentistes auraient une fameuse besogne dans le premier trimestre de chaque année. Si maintenant nous quittons les étages pour songer à ce qui se passe dans la rue, figurez-vous les tournées de pralines et de marrons glacés remplacées par un nombre égal de tournées de *gouttes* et de *mêlés*, et voyez la poussée que peut donner le jour de l'an à l'alcoolisme aigu et chronique. Il y a quelques années, les éléments avaient joué un tour perfide à tous les Parisiens en déplacement de ripailles dans la soirée du 31 décembre; un verglas resté célèbre s'étendit sur toute la capitale, pendant que les dindes se dépouillaient de

Enfin, on n'a pas oublié l'observation publiée naguère par M. Henrot (de Reims), dans laquelle le diabète accompagnait une tumeur développée (1) sur le trajet du nerf pneumogastrique. Ici du moins, on ne saurait, comme on l'a fait, invoquer l'arthritisme ; considérer ces névralgies seulement comme des manifestations diathésiques, et tenir un compte, peut-être trop exclusif, des travaux remarquables de Griesinger, de Marchal (de Calvi) et d'autres encore, sur les rapports du diabète et de la goutte.

Il est donc vraisemblable que le pneumogastrique, par ses irritations et ses synergies, intervient parfois, peut-être même souvent, comme M. Peter le faisait remarquer à ses élèves dans la pathogénie de la glycosurie diabétique. De là, l'utilité et le succès du traitement par la morphine. Dix milligrammes de morphine sont administrés chaque jour, dans une solution litrée, telle qu'une cuillerée corresponde à un milligramme et que chaque cuillerée soit administrée d'heure en geure, pendant dix heures, chaque jour (2).

Ch. Eloy.

t. I, p. 435. — Voir aussi : Cheadle, *Med. Tem. and gaz. London*, 1877, t. I, p. 232. — Discussion à l'Académie de médecine, Hardy. — Worms, *Gaz. hebdom.*, 1888, p. 819. — *Névroses du nerf vague*, par Pribram, *Wien med. Woch.*, 1882 ; — par Kredel, *Ann. Soc. méd. de Liège*. p. 304 ; — par Rossembach, *Deutsch. med. Woch.*, 1882, p. 318.

(1) *Bulletin de la Soc. de méd. de Reims*, 1874, p. 116.

(2) Le traitement par l'opium a été employé avec succès par M. Hayem, par Pavy, Oppolzer, etc., etc., et préconisé, autrefois, par Paracelse.

Voir encore : Money, De l'opium à hautes doses dans le traitement du diabète sucré. *Med. chir. Trans.* Londres, 1814, t. V, p. 236. — Kratschmer, Ueber die Wirkung der opium und morphium's bei diabetes mellitus. *Wien med. Woch.*, 1871. — Weber, A case of diabete mellitus recowery under morphia treatment. *Boston med. and surg. journ.*, 1881, p. 277.

La morphine posséderait une action spéciale sur le nerf trisplanchnique. Médicament bulbaire, elle agit en effet sur le cœur, l'estomac et le poumon. Action eupnéique (Huchard). Vomissements consécutifs à l'absorption de la morphine par d'autres voies que l'estomac. (Expériences de MM. Rabatel et Picard ; Calvet et Laborde.) Voir : *Bull. de la Société clinique de Paris*, 1874, p. 286.

---

leurs dernières aiguillettes, et quand il fallut sortir pour rentrer chez soi, ni véhicules ni piétons ne tenaient plus debout. On n'avait jamais rien vu de pareil, et les accidents furent nombreux, malgré les exercices de *skating* qui étaient déjà fort en honneur à Paris. Demeurant alors dans une rue peu fréquentée, où aucun passant n'avait rayé le glacis du trottoir, j'en fus quitte pour regagner mon domicile en marchant sur toute autre chose que mes jambes et en opposant à l'inadhérence du sol la plus vaste surface que j'eusse sur moi ; j'aurais pu demander la charité pour un malheureux que le verglas avait rendu cul-de-jatte.

Cette année-ci, ce n'est pas la gelée qui aura troublé les dernières fêtes, car l'eau semble avoir renoncé complètement à l'état solide, pour se répandre avec une profusion désastreuse sous la forme liquide. Il faut croire qu'il y a là-haut des populations sublunaires qui se livrent avec frénésie au gaspillage de l'eau, nonobstant les sages recommandations qui nous ont été faites à ce sujet. Ce sont peut-être les larmes du soleil, inconsolable que sa prochaine conjonction avec Vénus n'ait lieu que dans quelques centaines d'années. Aux quatre points cardinaux, les rivières débordent et refluent dans les villes par le sous-sol, par les caves et les égouts. Les journaux n'ont pas manqué de faire pressentir que la persistance des pluies pourrait favoriser l'extension des maladies épidémiques ; on ne dit pas au juste lesquelles. Il est difficile de prévoir l'influence de cette constitution atmosphérique sur la santé publique. Les microbes qui craignent le froid et auraient été détruits par la gelée vont traverser l'hiver impunément ; ceux au contraire qui ne savent pas nager sont en train de passer un mauvais quart d'heure. Quant à la fameuse nappe d'eau souterraine, il n'y en a plus, attendu que la nappe d'eau est aujourd'hui à découvert et bien au-dessus du niveau du sol. Ce qui est bien certain, c'est que ce n'est point le temps de la saison, comme on dit, et il semble qu'à cette perturbation des éléments doive correspondre aussi quelque dérangement dans la marche ordinaire des mala-

HYGIÈNE PUBLIQUE

LE CHOLÉRA EN ARABIE EN 1882 ET L'ABOLITION DES QUARANTAINES EN ANGLETERRE.

Nous ne sommes plus au temps où, parcourant seulement de petites étapes quotidiennes, le choléra éclatait à Jessore le 19 août 1817 et envahissait Moscou le 20 septembre 1830. Un délai de treize années lui avait été nécessaire pour franchir 700 myriamètres, avant de prendre possession de la capitale des czars.

Aujourd'hui, le funeste voyageur emprunte à nos moyens de locomotion leur merveilleuse rapidité. Il prend le bateau à vapeur et monte en chemin de fer. Il ne lui faudrait plus vingt ans, comme dans la première moitié du siècle, pour fournir le texte d'une funèbre page dans l'histoire de chacun des pays civilisés. Encore un peu il ferait le *tour du monde en quatre-vingts jours,* si cette providence qui veille aux portes de l'Orient, sous la forme des Conseils sanitaires de Constantinople et d'Égypte, ne mettait obstacle à ses terribles instincts migrateurs.

L'histoire de la petite épidémie de 1882 est la preuve nouvelle de l'excellence de ces institutions dont l'organisation, on ne saurait trop le répéter, est l'œuvre d'un de nos éminents compatriotes et un titre d'honneur pour l'hygiène française contemporaine. Comment l'oublier, au moment où les Conseils sanitaires d'Alexandrie et de Constantinople sont l'objet d'injustifiables attaques et où les règlements pour la prophylaxie internationale des épidémies semblent agacer les nerfs vraiment trop irritables de quelques confrères de la presse médicale anglaise. L'histoire de l'épidémie actuelle et des mesures préventives qui ont arrêté la marche du choléra vers l'Europe, malgré les circonstances critiques suscitées par les évènements politiques, est la meilleure réponse à opposer à ces regrettables critiques.

C'est pendant la dernière quinzaine d'octobre que l'épidémie cholérique actuelle éclatait dans le Hedjaz; mais l'interruption des lignes télégraphiques dans la Haute-Égypte retarda la transmission des avertissements sanitaires. M. Bimsenstein, d'Alexandrie, délégué du Conseil international de Constantinople, fut informé le 31 octobre seulement par les navires autrichien et anglais, le *Memphis* et le *Lungshan,* qui, ayant quitté Djeddah le 27 et le 28 octobre, arrivaient à Suez le 30 et le 31 et portaient sur leurs patentes la mention suivante : « Le choléra est à la Mecque depuis le 24 octobre. »

Prévenu aussitôt, le Conseil sanitaire de Constantinople prescrivit télégraphiquement la mise en quarantaine des pèlerins venant d'Arabie et l'exécution du règlement de 1881. El-Wedj servit, à dater du 10 novembre, de lieu de campement à ceux qui regagnaient leur patrie par voie de mer. Les autres pèlerins prenaient le chemin du Désert et la route de Damas.

---

dies. En attendant, il en est une qui fleurit d'une manière bien fâcheuse, c'est le rhume de cerveau, cet éternel sujet des railleries du vulgaire, sous prétexte que toute notre science se borne à l'appeler coryza. C'est pourtant une entité morbide des plus intéressantes, d'une pathogénie aussi simple qu'élégante; les capillaires des extrémités inférieures étant impressionnés par le froid (*vulgò* froid aux pieds) se contractent, et cette ischémie va soulever quelque part une fluxion compensatrice. Où donc se portera cette fluxion ? Naturellement sur le point où elle entrera le plus facilement en jeu, comme vers un *locus minoris resistentiæ ;* ce point, c'est la muqueuse de Schneider, dont l'étalement à l'air libre, sur la vaste surface des fosses nasales, va permettre à la fluxion, à la congestion et au catarrhe d'évoluer tout à leur aise. Ils en usent et en abusent. Pour l'honneur de la physiologie pathologique, si le rhume de cerveau n'existait pas, il faudrait l'inventer. Mais le public se trompe quand il nous accuse de ne pas savoir guérir un coryza. Il y a d'abord les moyens ordinaires, quelques dérivatifs ou antiphlogistiques d'une action très sure; ainsi, je pense qu'on viendrait à bout du nez le plus rebelle par des applications répétées de sinapismes sur les membres inférieurs, en y ajoutant quelques drastiques, deux ou trois sangsues à l'anus, des pointes de feu sur la colonne vertébrale pour agir sur les vaso-moteurs, un vésicatoire au bras et un séton à la nuque. Et on prétend que nous ne savons pas guérir un rhume de cerveau ? Essayez d'abord consciencieusement des moyens que je viens de vous indiquer, et après cela seulement vous viendrez vous plaindre. Mais il est un autre traitement du coryza, plus simple et tout aussi efficace : il consiste tout bonnement à ne pas se moucher, et c'est à quoi ne veulent jamais consentir les gens pris du cerveau. Ils se figurent qu'en se mouchant souvent, ça dégage, et c'est tout le contraire. D'abord ça fait un bruit désagréable. Ensuite, chacun de ces efforts d'expulsion que dissimule le mouchoir ne fait précisément que congestionner davantage la

Conformément au même règlement, il fut alors interdit aux pilotes de la Compagnie de monter à bord des navires venant des ports suspects et qui traversaient ce canal en quarantaine. Cette mesure est la cause de la campagne contre le Conseil sanitaire d'Orient. Est-ce le seul motif, ou bien cette attaque a-t-elle un autre mobile ? C'est ce que nous examinerons plus loin.

En tout cas, les évènements ont donné raison à cette réglementation. Du 24 au 26 octobre, on avait constaté à la Mecque 11 décès cholériques. L'épidémie débutait, et les cérémonies du pèlerinage allaient favoriser son extension rapide. C'est, en effet, comme le montrent encore une fois les renseignements du correspondant du journal le *Temps*, durant le séjour des pèlerins dans la vallée de Muna que le nombre des cholériques devient plus considérable.

On sait que, les premiers jours, les croyants se rendent au pied de l'Arafat, montagne située à 40 kilomètres de la Mecque. C'est là que, d'après la tradition musulmane, Adam et Ève se retrouvèrent après une longue séparation. Aussi, pour cette solennité, les pèlerins prennent la pieuse tenue du hadji.

Un linge blanc autour des reins, une écharpe sur les épaules, des sandales aux pieds et la tête découverte : tel est alors le costume de l'irham fidèle et convaincu. Le troisième jour on s'éloigne de l'Arafat, et, pour retourner à la Mecque, on traverse la célèbre vallée de Muna, qui devient l'un des foyers les plus actifs du choléra en Arabie. Elle possède, dans l'Islam, la détestable réputation d'un lieu mauvais et mal hanté. C'est là, dit-on, que Satan apparut à Adam. Adam lui jeta des pierres, si nous en croyons la légende. Nos pèlerins en font autant. Tout hadji ramasse donc dans la vallée et lance à son tour soixante-trois petits cailloux ! De là les amoncellements de pierres et la formation, depuis des siècles, de véritables monticules de cailloux.

L'encombrement est donc ici une première cause de maladie et de contagion. Elle n'est pas la seule. Voici que cette vallée couverte de cailloux se transforme en un immense charnier : chaque pèlerin immole quelques victimes dont les cadavres accumulés entrent bientôt en putréfaction. Grâce aux éléments, on a créé ainsi en quelques heures un foyer d'émanations des plus favorables pour le développement des maladies infectieuses.

Ces sacrifices durent deux jours. Les pèlerins rentrent ensuite à la Mecque, y demeurent pendant dix jours, accomplissent leurs devoirs religieux et visitent la Kasba. Nouvelles causes de fatigue et d'encombrement ! Ils quittent alors la Ville sainte pour retourner dans leur pays, soit directement, soit après une dernière station à Médine.

La vallée de Muna est funeste à beaucoup d'entre eux. De 11 décès cholériques, les 24 et 26 octobre, c'est-à-dire avant le séjour dans cette localité, la mortalité s'élevait à 45 au moment du retour à la Mecque.

Cependant le nombre des pèlerins était cette année relativement peu considérable. On sait que leur recensement est fait d'ailleurs très exactement, à Djeddah, pour ceux qui viennent

---

muqueuse, en y déterminant, par l'effet du vide, un nouveau raptus congestif qui entretient indéfiniment le catarrhe. Chaque fois qu'on se mouche, on ne fait que raviver le fonctionnement de son rhume de cerveau. Et ce qui le prouve, c'est que les gens les plus enrhumés sont ceux qui se mouchent le plus. Au premier abord, on se figure qu'ils se mouchent parce qu'ils sont enrhumés ; je soutiens la proposition inverse, et les raisons ci-dessus la démontrent. Ce malheureux nez, rouge, luisant, gonflé, qui n'en peut plus, laissez-le donc tranquille, au lieu de vous y suspendre à chaque instant, de le secouer avec vigueur et de l'ébranler jusque dans ses fondements par ces appels retentissants. Il s'en trouvera bien mieux, et vos voisins aussi. Et pour terminer par un de ces aphorismes qui frappent l'esprit des masses, empruntant à l'odontologie une de ses formules, je résumerai le traitement du rhume de cerveau en disant : essuyez, ne mouchez pas.

LUBANSKI.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Sont nommés boursiers de doctorat pour l'année scolaire 1882-1883, à dater du 1er novembre 1882 :

MM. Blanchard (Marcel-Louis), licencié ès sciences naturelles ; Paumès (Firmin), licencié ès sciences naturelles, docteur en médecine ; Petit (Martial-Louis), licenciéè s sciences naturelles ; Poirault (Marie-Henri-Georges), licencié ès sciences naturelles ; Rouzaud (Henri-Pierre-Jean-Baptiste), licencié ès sciences naturelles ; Saint-Loup (Louis-Joseph-Remy), licencié ès sciences naturelles.

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. Robiou du Pont, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

de l'Empire ottoman ou du bassin de la Méditerranée. Chaque hadji paye, en effet, la somme de dix piastres pour frais d'administration, et, en échange, reçoit un *teskri*. Des 22,513 teskris qu'on a délivrés cette année, 2,868 seulement ont été remis à des musulmans originaires de l'Egypte ou des pays méditerranéens; de plus, les deux caravanes de Damas et de Bagdad, moins nombreuses que les années précédentes, comptaient seulement 4,000 individus, de sorte que le total des pèlerins ne dépassait pas 30,000.

Sur ce nombre, 2,868 sont donc actuellement une cause de danger pour l'Europe occidentale. D'après les conventions sanitaires, ils doivent séjourner à El-Wedj, en première quarantaine, pendant deux septenaires à dater du jour où le dernier cas de choléra a été observé dans la section d'isolement de cette station. El-Wedj est un petit port salubre, isolé et distant de 350 milles de Djeddah et de Suez.

De là on les dirige sur Djebel-For, où ils subissent une nouvelle quarantaine de dix jours. Cette localité est moins salubre que El-Wedj. Enfin, à Suez, les navires subissent une nouvelle visite sanitaire et traversent le canal en quarantaine.

Depuis 1879, les vaisseaux qui ramènent les pèlerins sont ceux qui les ont conduits aux Lieux-Saints d'Arabie. Ils rapatrient à Beyrouth et à Smyrne les musulmans originaires de l'Empire ottoman, et à Beyrouth les habitants de la Tripolitaine. Les uns et les autres sont encore soumis à une dernière quarantaine dans les lazarets de ces deux ports.

L'établissement d'un câble sous-marin entre Djeddah et Souakim faisait espérer une rapidité plus grande dans les services d'avertissements sanitaires. Malheureusement les communications ayant été interrompues dans le Soudan, entre le Souakim et le réseau égyptien, les informations ont été tardives.

Au 11 novembre on constatait à Djeddah un dernier cas de choléra, et le 18, Nourry-Effendi, médecin sanitaire de la Mecque, déclarait que depuis quatre jours aucun cas cholérique nouveau ne lui avait été signalé. A Camaran, le docteur Stamatiades, sur 493 pèlerins, avait observé à cette même date seulement un cas unique de choléra et 22 de variole. A El-Wedj, aucun cholérique n'existait parmi les 946 pèlerins en quarantaine et qui, dix jours auparavant, étaient débarqués de Djeddah.

L'état sanitaire est donc satisfaisant sur les côtes de la mer Rouge, voie maritime fermée vraisemblablement à l'invasion du fléau. En est-il de même de la route de terre? Sur les rivages du golfe Persique, on a lieu d'être moins satisfait. A Bassora, le vapeur anglais *Kaietur*, venant de Djeddah, débarquait 602 pèlerins persans, parmi lesquels, d'après le docteur Parnaki, médecin sanitaire de la première de ces villes, on avait constaté sept décès pendant la traversée et un autre depuis le débarquement. Bien que les médecins locaux aient attribué ces décès à la variole, le Conseil sanitaire de Constantinople n'en a pas moins prescrit au docteur Zitterer, inspecteur commissionné à Bagdad, de veiller à l'incinération des hardes des malades, probablement cholériques, et à l'isolement du lazaret au moyen d'un cordon de troupes. Simultanément une rigoureuse quarantaine sera imposée aux caravanes de terre.

Enfin, pour compléter cet ensemble de mesures, une mise en observation pendant quarante-huit heures est imposée à tout navire qui sort de la mer Rouge pour entrer dans le canal de Suez. Jusqu'ici ces précautions ont donné de satisfaisants résultats. L'efficacité de l'œuvre de M. Fauvel, de M. Proust et des membres de la Conférence de Constantinople et de Vienne est donc encore démontrée une fois de plus.

Cependant, nos voisins de Grande-Bretagne et d'Irlande, dont l'esprit est hanté beaucoup plus, paraît-il, par le cauchemar des pantalons rouges entrant en Angleterre par le futur tunnel sous-marin, que par la crainte du choléra, réclament, au nom des intérêts des marchands de la Cité, l'abolition de ces mesures de prévoyance et de toute quarantaine!

Les motifs de cette campagne contre les quarantaines sont de natures diverses. Mais laissons de côté les arguments sous-entendus, stratégiques peut-être, commerciaux certainement, que la perspicace Albion ne perd jamais de vue; arrêtons-nous seulement aux raisons scientifiques qu'invoquent les anti-contagionnistes anglais.

Ils prétendent que les Conseils sanitaires sont inutiles, en tant que chargés de la réglementation sanitaire. A quoi bon, d'ailleurs, les quarantaines, l'isolement, les lazarets et les autres mesures d'un autre âge? La contagiosité du choléra n'est pas démontrée, disent-ils: en 1849, dans les hôpitaux de Londres et d'Oxford; en 1866, dans ceux de Middlesex et de Saint-Barthelemy, aucun membre du personnel hospitalier, ni aucun des individus chargés de laver le linge des malades ne furent atteints. A Guy's Hospital, sur quatre-vingt-quatorze personnes attachées à l'hôpital, une seule succomba au choléra!

Soit! Nous ne contesterons pas ces faits. Il est inutile d'ouvrir à nouveau une discussion soulevée et très heureusement résolue par la haute autorité de savants hygiénistes. Que la contagion, telle que l'entendent nos argumentateurs du *British médical Journal*, c'est-à-

dire la transmission par contact ou par innoculation ne soit pas démontrée, peu importe ! Il n'en est pas moins prouvé que la transmissibilité du choléra existe par d'autres voies. De plus, il ne suffit pas de présenter des faits négatifs, mais il faudrait aussi réfuter les observations positives de Velpeau, de Briquet, de Roche et de tant d'autres éminents médecins.

Les preuves de la transmissibilité du choléra par l'intermédiaire du milieu extérieur, la migration de la maladie avec les agglomérations de pèlerins et cette formation de véritables foyers ambulants, existaient une fois de plus par l'épidémie de 1882. Depuis l'époque où la Conférence internationale se réunissait à Vienne, aucune découverte nouvelle n'est venue modifier par des faits les doctrines généralement reçues. Bien au contraire; et si on essayait d'introduire dans cette question pathogénique quelques bactéries ou quelques microphytes, il faudrait convenir que la théorie contemporaine des contages serait toute en faveur de la législation sanitaire préventive telle qu'elle a été établie en Orient.

Aussi nous ne suivrons pas nos confrères de la presse anglaise à l'île de la Jamaïque, et encore moins aux îles Bahama, dans leurs excursions rétrospectives à travers l'histoire des épidémies dans ces contrées. Quant à entreprendre le voyage des Indes orientales, ce déplacement est inutile pour discuter les faits dont l'hôpital de Calcutta était le théâtre en 1827, et où, dit-on, aucun médecin et aucun infirmier ne fut victime de la maladie. Nous accompagnerions bien plus volontiers nos confrères anglais sur les bords du Gange et du Sind, s'ils devaient nous y faire admirer de grandes et durables améliorations dans les conditions sociales, morales et telluriques des indigènes de l'Asie méridionale.

On pourrait alors espérer, sinon l'extinction, du moins l'atténuation de ces foyers cholériques toujours en activité. Alors, peut-être, les mesures sanitaires pourraient être moins sévères et ne plus retarder, comme aujourd'hui, pendant quelques jours, et au grand chagrin des marchands de la Cité, l'arrivage des colis de thé. Alors, sans doute, la suppression des quarantaines et des Conseils sanitaires d'Orient n'exposerait plus l'Europe et surtout la France africaine à devenir un champ de mort par le choléra, plus lugubre et assurément plus désolé que celui de Tel-el-Kébir.

A côté de la question du contrôle politique, il existe donc au pied des Pyramides la question non moins grave du contrôle sanitaire international. Puissent nos diplomates défendre l'œuvre des Conférences de Vienne et de Constantinople, et ne pas sacrifier aux intérêts particuliers l'admirable et féconde organisation de la prophylaxie sanitaire aux portes de l'Orient ! — Ch. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des journaux italiens.

On doit à la plume alerte de M. le docteur G. Longhi, de Milan, quelques observations de maladie de l'oreille. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n°s 39 et 41.)

M. le docteur F. Ferrario, médecin du Grand-Hôpital de cette ville, a publié également un travail sur le même sujet, mais beaucoup plus complet, que la *Gazetta degli ospitali* à fait paraître dans les numéros 76, 79, 81, 83, 87, 89 et 90.

Nous sommes heureux d'avoir à signaler ces études, qui ne sont encore passées dans la pratique spéciale que d'un petit nombre de chirurgiens d'hôpitaux.

— Quatre cas d'ovariotomie normale ou de castration chez la femme ont été exécutés en Italie. Le premier, par M. le docteur de Cristoforis; il se termina par la mort. Le deuxième est dû à M. le docteur Franzolini; la malade guérit. Le troisième et le quatrième cas appartiennent à M. le docteur Dominique Peruzzi; ils donnèrent également un bon résultat. Toutes ces observations avaient pour but la cure radicale de l'hystéro-épilepsie.

Nous avons à enregistrer, chaque mois, quelques nouvelles ovariotomies ou quelques ablations de tumeurs de la cavité abdominale; nous noterons cette fois :

1° L'ovariotomie de M. le docteur C. Cantalamessa, chirurgien en chef de l'hôpital de Gubbio. — Mort;

2° Le cas de M. le professeur Ruggi, de Bologne, terminé également par un insuccès;

3° M. le docteur Angelo Arcari, de Milan, eut heureusement la chance de guérir son opérée en quinze jours;

4° Un Porro a été exécuté par M. le docteur Iginio Tansani, de Lodi; la mère et l'enfant furent sauvés.

Enfin, le 14 octobre, M. le docteur Giulio faisait encore une ovariotomie dont nous ne connaissons pas encore le résultat.

— M. le professeur Cantani continue ses expériences en vue d'obtenir la désinfection de

l'intestin, au moyen de lavements, par l'entéroclysme, de 2 litres d'eau et de 50 centigrammes d'acide phénique. Les résultats obtenus par cette méthode sont tout à fait encourageants ; ils sont de plus à l'ordre du jour et pourraient rendre de grands services dans nos épidémies de fièvre typhoïde.

— Tandis qu'en Allemagne et en France les laparotomies, pour remédier aux occlusions intestinales, s'affirment de jour en jour, l'Italie, jusqu'à cette époque, n'était pas encore entrée dans la pratique de cette opération. M. le professeur Galozzi, de Naples, le premier dans son pays, a tenté de remédier par ce procédé à un iléus extrêmement grave. Le malade mourut, quelques heures après, de collapsus.

— La *Gaz. med. ital. Lomb.*, dans le n° 44, relate le fait d'une cystotomie exécutée sur un vieillard de 70 ans par M. le docteur P. Gussalli, de Soncino, pour enlever un morceau de sonde restée dans la vessie ; la guérison suivit rapidement.

— De la crampe des écrivains (*mogigrafia*), par M. le docteur A. Bianchi (*Gaz. med. Lomb.*, n°s 82 et 84).

Cette affection curieuse, connue autrefois sous le nom de *chorea scriptorum*, a été étudiée de nouveau par notre confrère, à la suite des travaux italiens de Zuradelli et de Léonard Bianchi.

Nous aurions été heureux de trouver autre chose que des hypothèses à la suite de la lecture de ce travail, mais, comme tous ses devanciers, M. le Dr Bianchi est obligé de reconnaître que la lumière n'est pas encore faite sur ce sujet délicat. Pour les uns, en effet, la crampe des écrivains est une affection d'origine centrale ; pour les autres, elle est d'origine périphérique.

L'auteur de ce mémoire l'attribue au manque de force excito-motrice, à un trouble de la conductibilité de l'influx nerveux, ou enfin à la diffusion, dans les éléments excito-moteurs du cerveau et des corps striés. La théorie des mouvements réflexes de Fritz et Zuradelli est vivement argumentée par l'auteur, qui croit que les troubles des centres nerveux, observés par Duchenne, sont la résultante de l'effort fait par les centres pour vaincre l'affaiblissement naturel des muscles. En somme, c'est employer une raison spécieuse pour réduire une hypothèse.

— Suivons attentivement toutes les expériences qui se font à l'étranger dans les laboratoires d'anatomie pathologique et de physiologie expérimentale. Peut-être, par la suite, trouverons-nous dans ces études un traitement efficace à quelques affections réputées incurables et qui font chaque année tant de victimes.

M. le docteur Domenico Biondi, de Naples, a enlevé, en totalité ou par partie, un des poumons de 63 animaux : chiens, chats, lapins, moutons, poules, pigeons, etc.

A 57, il extirpa le poumon tout entier, indifféremment à droite ou à gauche ; à 3 chiens, il réséqua un seul lobe ; à 1 chien, 1 lapin et 1 cobaye, il fit la section des deux sommets en plusieurs fois, à un mois d'intervalle. Les 57 animaux mis en expérience ont survécu.

L'opération était faite avec de minutieuses précautions antiseptiques et après la résection de 0,025 millimètres de la deuxième et de la troisième côte, près du sternum ; le professeur recommande d'avoir soin de ne pas toucher à la plèvre et de n'en faire l'incision qu'en dédolant. Par cette ouverture, le poumon est attiré au dehors ; on place sur son hile une pince de Nélaton et derrière on fait une ligature à la soie phéniquée. On coupe ensuite l'organe dont le reste est replacé vivement dans la cavité pleurale ; on fait ensuite la toilette de la plèvre, comme dans l'ovariotomie la toilette du péritoine ; enfin on fait la suture de la plaie thoracique et une variété de Lister est appliquée ; le pansement est recouvert d'une couche de silicate de potasse, qui forme une sorte de cuirasse et empêche les mouvements du thorax.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des autopsies qui seront bientôt pratiquées.

Rappelons que Mösler, en 1873, avait déjà prouvé la possibilité de la cure chirurgicale des cavernes tuberculeuses au moyen d'irrigations modificatrices par le drainage ; Gluck fit également des expériences à ce sujet. M. le docteur Spadaro, auquel nous empruntons les détails précédents, les a publiés dans la *Gazetta degli ospitali* du 18 octobre, n° 84.

— Encore une témérité opératoire d'une utilité douteuse. M. le docteur Bigi, chirurgien de l'hôpital de Pérouse, a enlevé à une femme de 38 ans un fibrome du pylore. La malade mourut, naturellement. L'autopsie ne révéla, il est vrai, aucune trace de péritonite, mais cela est-il suffisant pour excuser de tels traumatismes dont le but louable est hors de cause, ainsi que l'habileté chirurgicale, mais dont les résultats sont si néfastes ? (*Gaz. degli ospitali*, n° 90.)

— Le bulletin de la Société Lancisienne des hôpitaux de Rome nous communique l'index général des matières contenues dans le recueil de l'année 1881-1882. Nous notons au hasard :

Un anévrysme de la crosse aortique, du docteur Rainaldi Rinaldo.
Des calculs du foie, par le docteur Enrico Bondi.
De l'action de la lumière et des couleurs sur l'épithélium rétinien : docteur A. Angelucci.
De la diffusion de la pustule maligne dans quelques communes de l'Ombrie et expériences sur un moyen thérapeutique nouveau pour la guérir : docteur Gérard Fereiri.
Décollement de la tubérosité du tibia par avulsion : docteur Gaëtano Mazzoni.
Cure mécanique de la douleur : docteur Enrico Rasori.
Grossesse extra-utérine : docteur Rainaldi Rinaldo.
Hystérie et tuberculose : professeur Rossoni Eugène.
Lésion du pont de Varole : docteur G. Garnieri.
Scie nouvelle du docteur A. Ceccarelli, pour la résection des os.
Guérison d'un cas de phthisie avancée, par le docteur Concetti Luigi, etc., etc.

— Les mois d'août et de septembre ont fructueusement rempli les Bulletins de l'Académie de médecine de Turin.

Nous y trouvons, en effet, un travail de M. le docteur Parona sur l'extrait éthéré de fougère mâle, et les résultats négatifs obtenus avec cette substance comme helminticide,

M. le docteur Destéfanis a analysé et étudié quelques mélanges anesthésiques formés d'air et de chloroforme.

L'influence de la caféine sur la production de l'urée est constatée par MM. Fubini et Ottolenghi.

Contribution à la pathologie du tissu musculaire : Dr Perronelto.
Contribution à la névrotomie optico-ciliaire : Dr Gonella.
De l'influence du tymol sur la circulation : Dr Fiori, etc., etc.

— M. le professeur Simi, l'éloquent défenseur de tant d'œuvres philanthropiques, a pris en main le projet du docteur Cresci-Carbonaj qui tend à doter la ville de Florence d'une école modèle pour les rachitiques si nombreux en Toscane. Turin et Milan possèdent deux établissements semblables qui, depuis leur fondation, ont rendu les plus grands services.

M. le docteur Ceccherelli, bien connu aussi par ses études sur le rachitisme, n'a pas eu de peine à prouver l'utilité de la création de cet établissement.

M. le professeur Barrellai, dont le nom est lié aux hospices maritimes, s'est rallié à ce projet et l'a appuyé de sa grande autorité. Il est donc probable qu'avec tant d'éléments généreux, l'appel adressé à tous ceux qu'intéresse cette question sera bientôt entendu. (L'*Imparziale*, n° 19.)

— L'idée d'appliquer l'électricité à la cure des épanchements pleurétiques est bien italienne. M. le professeur Orsi a démontré qu'on pouvait obtenir ainsi la résolution du liquide thoracique et qu'il y avait lieu de faire, à ce moyen, une petite place dans la thérapeutique de la pleurésie.

MM. les docteurs Dagna, Brambilla et l'inventeur du procédé, M. le docteur Masini, ont recueilli quelques faits concluants. (L'*Imparziale*, n° 20.)

— *Genu valgum* double, ostéotomie de Macewen, guérison, par M. le docteur Celso-Motta, assistant de M. le professeur Arata, de Gênes (La *Rivista*, etc., n° 10). Rien de spécial dans cette opération, aujourd'hui la monnaie courante de tous les chirurgiens. Le professeur a fait néanmoins à son sujet une leçon très instructive sur toutes les méthodes employées jusqu'ici à la cure de cette difformité.

— Les *Annali universali di medicina e chirurgia* donnent, dans la partie consacrée aux travaux originaux (n° 783 et 784), quelques mémoires sur lesquels nous appellerons l'attention.

Les applications du téléphone et du microphone aux sciences médicales sont longuement étudiées par M. le docteur A. Bianchi. Il n'y a pas encore eu, que nous sachions, de résumé plus complet de cette importante question si pleine d'avenir et qui sera bientôt, peut-être, appelée à faire table rase de nos anciens moyens d'investigation.

M. le professeur A. Corradi, le savant recteur de l'Université de Pavie, a résumé, dans le numéro d'octobre de cette revue, les principaux arguments dont il s'était servi au Congrès de Genève pour convaincre ses collègues de la contagion de la phthisie pulmonaire.

Malgré les convictions de cet éminent professeur, il est encore permis de douter du contage si l'on écoute d'autre part les arguments opposés du docteur Théodore Williams, médecin du grand hôpital des phthisiques de Brompton (*The British medical Journal*, 30 septembre 1882). Or, quoi que en puissent faire les bacilli de Koch, il est permis de mettre un point d'interrogation sur l'intoxication tuberculeuse et de faire ainsi justice des exagérations envahissantes de l'école expérimentale.

D'un extrait du journal *il Raccoglitore* du 30 octobre et du 10 novembre que nous envoie

M. le docteur Pasini Domenique, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Marin, nous trouvons que, dans une ischialgie droite chronique et rebelle à tous les traitements pendant dix ans, l'élongation du nerf sciatique, faite par ce chirurgien distingué, au tiers moyen de la cuisse, dans le sens de la périphérie et des centres nerveux, a été suffisante pour obtenir un magnifique succès. Depuis le 13 avril, la guérison ne s'est pas démentie.

(*A suivre.*) Dr G. MILLOT-CARPENTIER.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 1er au 15 janvier 1883.

Jeudi 4. — M. Sandrain : De l'orchite dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Brouardel.)

M. Mathieu : Purpuras hémorrhagiques; essai de nosographie générale. (Président, M. Brouardel.)

M. Jouin : De la dilatation immédiate progressive. (Président, M. Le Fort.)

M. Jousset : Essai sur les hématocèles utérines intra-péritonéales. (Président, M. Gosselin.)

M. Madet : Fréquence du pouls et élévation thermique dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Hardy.)

M. Mabit : De la manie chronique à forme rémittente. (Président, M. Ball.)

Lundi 8. — M. Jannin : Contribution à l'étude du traitement des affections chirurgicales. (Président, M. Verneuil.)

M. Lecoisne : Contribution à l'étude du traitement des abcès froids. (Présid., M. Verneuil.)

M. Durand : De l'alimentation pendant le cours et à la période du déclin de la fièvre typhoïde. (Président, M. Hayem.)

M. Hay-Margiraudière : Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques de l'ataxie locomotrice. Chute spontanée des dents et des ongles. (Président, M. Charcot.)

Jeudi 11. — M. Halbout : Étude sur la chloroformisation chez les individus atteints d'une affection des organes respiratoires. (Président, M. Gosselin.)

M. Merner : De la terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins. (Président, M. Richet.)

M. Matienzo : Des antipyrétiques dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Peter.)

M. Lévy : Auscultation de l'épigastre. (Président, M. Laboulbène.)

M. Dat : Des formes bénignes de l'ictère infectieux. (Président, M. Brouardel.)

M. Bagnol : De l'ictère alcoolique aigu. (Président, M. Brouardel.)

COURRIER

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Sézary, suppléant de chaire de pathologie et clinique interne, est chargé du cours d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. George, décédé.

— M. le docteur Hallez, médecin-adjoint au lycée de Lille, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. Houzé de l'Aulnoit, décédé.

M. le docteur Dubar est nommé médecin-adjoint au lycée de Lille, en remplacement de M. le docteur Hallez, appelé à d'autres fonctions.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 8 janvier 1883, à 3 heures précises, Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil).

Ordre du jour ; I. Installation du nouveau bureau. — II. Election de deux membres titulaires. — III. Vote sur la candidature de M. Schildren, au titre de membre correspondant étranger — IV. Sur une question de remède secret, rapport par M. Brouardel. — V. Communication par M. le docteur Sentex, de Saint Sever (Landes), sur un cas de mort rapide à la suite de violences légères exercées sur la tête. — VI. Communications diverses.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

Société Médicale des Hôpitaux de Paris

RAPPORT GÉNÉRAL SUR LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX PENDANT L'ANNÉE 1882.

Fait dans la séance du vendredi 22 décembre 1882,

Par M. DESNOS, secrétaire général.

Messieurs,

La première fois que, pour obéir au vœu du règlement, je suis appelé à faire devant vous le compte rendu moral de la Société et à tracer à grands traits le tableau des travaux qui ont occupé vos séances, je suis heureux de constater que l'année a été bien remplie et que le volume de vos *Bulletins et Mémoires* pour 1882 ne le cèdera pas en importance à ceux des années précédentes. Si de grandes et longues discussions, telles que celles afférentes à l'hygiène des hôpitaux, au traitement de la fièvre typhoïde, des hyperthermies, du rhumatisme cérébral par les bains froids, aux rapports de la scrofule et de la tuberculose, soulevées ou résolues dans des années antérieures, n'ont pas caractérisé la présente session, celle-ci a été marquée par le nombre et l'importance des travaux relatifs aux affections des organes ou des systèmes apportés à votre tribune.

L'étude des affections des organes respiratoires a tenu une large place dans vos discussions et a été inaugurée par une communication importante de M. Grancher, que vous trouverez reproduite dans vos *Mémoires* et ayant pour titre : *Rapport du tympanisme sous-claviculaire avec les autres signes physiques, au point de vue du pronostic des épanchements pleurétiques.*

Partant de cette idée, qu'il a développée avec cette précision, cette facilité et cette élégance de style que nous connaissons tous, qu'un certain nombre de pleurésies, survenues chez des individus jusqu'alors complètement sains en apparence, sont la première manifestation d'une tuberculisation dont l'évolution, surtout si elle est méconnue, accroîtra sa vitesse par le fait du travail irritatif engendré par la phlegmasie pleurale, notre collègue, partisan avoué de la curabilité de la phthisie lorsqu'elle est enrayée en son début, cherche dans un ensemble de signes physiques fournis par la percussion, l'auscultation et la palpation destinée à explorer les vibrations thoraciques, les moyens de reconnaître d'emblée le caractère proto-pathique ou dentéro-pathique de la pleurésie.

Il s'appuie sur ce principe que, dans l'état normal, le son de percussion, le bruit respiratoire et les vibrations thoraciques doivent, sous la clavicule par exemple, se trouver, les uns vis-à-vis des autres, dans un rapport déterminé que M. Grancher appelle *association physiologique.*

Mais qu'un épanchement pleurétique se produise en quantité moyenne, on pourra trouver sous la clavicule du côté malade une augmentation de son, un son tympanique, phénomène de suppléance dont il n'y a pas lieu de rechercher ici le mécanisme. Ce son tympanique lui-même pourra s'accompagner, sous la clavicule, d'autres phénomènes de suppléance, exagération du murmure respiratoire et des vibrations thoraciques; *association pathologique* qui, pour l'auteur, indique, dans la pleurésie, que le sommet du poumon est sain et que, par conséquent, la pleurésie n'est pas tuberculeuse. Mais le tympanisme et l'augmentation des vibrations thoraciques peuvent coïncider avec une diminution du bruit respiratoire. On doit alors penser que le sommet du poumon n'est pas sain, qu'il est congestionné. De la congestion du sommet du poumon à l'existence de la tuberculose, il n'y a qu'un pas. Donc, toutes les présomptions sont en faveur de la nature tuberculeuse de la pleurésie. L'ensemble des symptômes observés chez un malade donné pourra concourir à en déterminer d'une manière plus absolue la signification. Ainsi, diminution du bruit respiratoire coïncidant avec le son tympanique sous-claviculaire et exagération des vibrations thoraciques, tel est le nouveau signe dont notre collègue vient de doter la séméiotique de la pleurésie.

Son travail repose sur des observations concluantes. L'ingénieuse idée qu'il a eue de repré-

senter par des schèmes ses principales propositions, en facilite la plus rapide intelligence ; mais elle leur donne peut-être, ainsi qu'il l'a lui-même reconnu, un caractère d'inflexibilité qui pourrait cadrer difficilement avec un certain nombre d'observations, si on ne prenait soin de donner aux schèmes une interprétation qui permette de les adapter à l'ensemble des faits. C'est cette considération qui a soulevé de la part de M. Féréol, de M. Woillez, quelques protestations. Mais, s'adressant à un travail aussi étudié, aussi sévèrement déduit que le mémoire de M. Grancher, les objections ne pouvaient l'atteindre dans ses œuvres vives et, après quelques courtoises explications, quelques concessions mutuelles, les adversaires d'un jour se sont facilement entendus.

La communication de M. Grancher a eu pour la Société cette heureuse fortune de provoquer, de la part du regretté Woillez, la lecture d'un mémoire où, élargissant la question au point de vue du pronostic de la tuberculose au début, il a montré l'utilité, non plus seulement de rechercher la nature des associations des signes physiques entre eux, mais encore la nécessité d'étudier les respirations anormales qu'on peut rencontrer, non seulement dans la tuberculisation, mais qui peuvent être produites encore par le simple refoulement du poumon, dans la pleurésie; aussi, et surtout par la congestion pulmonaire simple dont Woillez avait fait la préoccupation d'une partie de sa vie scientifique, ainsi que par la dilatation des bronches, complication de la pleurésie, déjà signalée par Barth comme pouvant simuler la phthisie.

A une période plus avancée de la session, M. Grancher, continuant ses études délicates sur les affections de poitrine, a repris l'examen de la valeur des respirations anomales dans le diagnostic du début de la tuberculose pulmonaire; il a donné aux modifications du murmure vésiculaire une importance plus grande encore en établissant que, dans des conditions déterminées, certaines anomalies de la respiration peuvent à elles seules, en dehors de l'existence d'autres signes physiques, abstraction faite de l'état général du malade, permettre de reconnaître l'existence de tubercules à leur première période d'évolution. Par ordre d'importance, les anomalies du murmure vésiculaire sont : la respiration rude et basse, permanente et localisée, la respiration saccadée et la respiration faible.

Selon la judicieuse remarque de l'auteur, le diagnostic hâtif de la tuberculose, que permet de faire l'étude des anomalies respiratoires, est d'autant plus important que l'évolution néoplasique se poursuit pendant de longs mois, et même pendant des années, sans donner lieu à d'autres signes que ces respirations anomales, et qu'un traitement énergique, appliqué pendant longtemps, permettrait, le plus souvent, d'obtenir des guérisons radicales; tandis que si l'on reste dans l'incertitude et si l'on attend, pour formuler le diagnostic, l'apparition des craquements de la matité, on laisse se produire des lésions irréparables et dont on ne triomphera désormais qu'avec la plus grande difficulté.

La thérapeutique des épanchements pleurétiques par la paracentèse du thorax a été si souvent étudiée par la Société médicale des hôpitaux, qu'on peut dire qu'elle a fait sienne cette question et qu'elle a codifié les lois de ce traitement. On pourrait penser qu'après tant de discussions fructueuses, le sujet est épuisé; et cependant, il reste toujours dans le tableau des suites de la thoracentèse un point sombre : c'est la suppuration de la plèvre consécutive à la ponction de la poitrine.

Ce n'est pas que, pour mon compte, je redoute beaucoup l'influence d'une thoracentèse dans des conditions favorables sur la transformation purulente de l'épanchement. Ce n'est pas le moment de vous exposer les raisons de cette opinion. Cependant, il est des cas, exceptionnels à mon sens, où cette influence est indéniable. De ce nombre est l'observation qui vous a été soumise par M. Debove. M. Debove cherche la cause de cette suppuration consécutive, accompagnée de phénomènes de putridité, et il la trouve dans la présence d'organismes inférieurs dont le microscope lui a révélé l'existence dans le liquide extrait par la seconde opération. Ces proto-organismes ne peuvent être introduits que par la ponction, par les instruments qui servent à la pratiquer. La propreté des instruments semble donc le remède fort simple à apporter à ces accidents. Mais ce remède est moins facile à appliquer qu'il semble de prime abord. En effet, le flambage, ce moyen de désinfection, héroïque par excellence, détériore les instruments. Notre collègue a imaginé, pour obvier à cet inconvénient, et vous a présenté un appareil construit par MM. Mathieu, consistant : 1° dans une étuve portant le trocart à 130°; 2° dans de petites valvules en caoutchouc s'adaptant à l'extrémité du tube d'aspiration au point où il plonge dans le ballon où se fait le vide, de telle façon que dans le cas où, d'aventure, le liquide du ballon tendrait à refluer vers la cavité thoracique en emportant, dans son trajet, les microbes qui pourraient être contenus dans le trocart, il fût arrêté par ce système de valvules.

Les rétrécissements de l'artère pulmonaire avec les conséquences qu'ils peuvent entraîner vers différents viscères, et notamment la communication des deux cœurs l'un avec l'autre,

sont assez rares, surtout lorsque les observations sont accompagnées d'autopsies, pour qu'il y ait toujours un intérêt formel à vous les communiquer. C'est ce qu'ont compris M. Duguet et M. Cadet de Gassicourt, en vous faisant la narration de deux faits de cet ordre.

Le rétrécissement de l'artère pulmonaire étudié par M. Duguet chez une rhumatisante, compliqué d'hémiplégie faciale et de néphrite parenchymateuse mortelle, présentait, entre autres particularités intéressantes, l'absence de phthisie pulmonaire, conséquence trop fréquente des rétrécissements de l'artère pulmonaire comme nous l'ont enseigné les recherches de M. Constantin Paul et le mémoire qu'il a inséré dans vos Bulletins. De plus, il offre un exemple rare de rétrécissement acquis et non congénital, consécutif à des attaques de rhumatisme.

Comme preuve de son origine postérieure à la naissance, M. Duguet a invoqué la localisation du rétrécissement non pas sur le tronc de l'artère pulmonaire, ainsi qu'on le voit dans les rétrécissements congénitaux, mais à l'orifice même par suite de la soudure des valvules enflammées et altérées par le rhumatisme.

Cette localisation vers l'orifice du vaisseau, le caractère inflammatoire des altérations, n'ont pas paru à M. Cadet de Gassicourt une preuve suffisante que la lésion fût postérieure à la naissance. Il en a donné pour raison qu'actuellement il a sous les yeux une artère pulmonaire dont le rétrécissement était évidemment congénital et dont les valvules étaient enflammées et épaissies.

Fort heureusement pour la thèse soutenue par M. Duguet, l'examen histologique a montré que ces lésions inflammatoires n'existaient qu'en apparence et pouvaient tromper à une première inspection à l'œil nu. Avec une bonne foi qui ne peut nous étonner de sa part, M. Cadet de Gassicourt est venu le déclarer à cette tribune. Cette déclaration a été pour lui l'occasion, véritable bonne fortune pour nous, de nous donner l'histoire détaillée d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire avec communication des deux cœurs par le septum interventriculaire, insuffisance de l'orifice tricuspide, cyanose et tuberculose généralisée. Cette observation accompagnée de détails circonstanciés, de savants et ingénieux commentaires, restera comme une page précieuse de l'histoire du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et de la cyanose.

Depuis un assez grand nombre d'années déjà, l'histoire des grands épanchements du péricarde et surtout de leur traitement par l'ouverture du sac péricardiaque est à l'ordre du jour des études des pathologistes, des cliniciens et des Sociétés savantes. Aussi M. Rendu a-t-il été bien venu à vous faire part de l'observation d'un sujet atteint de péricardite primitive et qu'il a sauvé d'une situation extrêmement grave par la ponction du péricarde. Dans son travail, M. Rendu s'est particulièrement attaché à fournir des éléments nouveaux au diagnostic des grands épanchements péricardiaques, sources de tant de méprises et de cruelles déceptions, et à établir les règles de l'opération, le lieu où elle doit être pratiquée.

Outre l'accroissement en tous sens de la matité précordiale et spécialement l'abaissement de cette matité du côté du diaphragme, vers les parties déclives et l'œdème de la paroi précordiale, notre collègue indique deux signes diagnostiques qui, jusqu'à présent, n'ont pas suffisamment été mis en relief. Le premier est le bruit skodique postérieur produit par le refoulement de la partie moyenne du poumon par l'épanchement. Le second est le pouls paradoxal caractérisé par l'abaissement ou même la disparition du pouls, coïncidant avec les inspirations, se reproduisant régulièrement toutes les trois ou quatre pulsations, tandis que l'auscultation du cœur montre le rhythme cardiaque parfaitement régulier.

Relativement à l'opération qui doit être faite avec un trocart capillaire et un appareil aspirateur, c'est un point sur lequel on tombe généralement d'accord aujourd'hui ; l'auteur choisit, après discussion approfondie des différents points de repère qui ont été indiqués, le sixième espace intercostal gauche, à 8 centimètres du sternum. Il discute enfin les indications, l'avenir de la paracentèse du péricarde, et conclut que dans les péricardites primitives, rhumatismales, non tuberculeuses, les statistiques récentes qui fournissent 32 pour 100 de guérisons, assurent à la ponction du péricarde une place parmi les opérations qui peuvent fournir des cures radicales ou représenter un palliatif puissant.

Depuis plus d'un an, la Compagnie s'occupe d'une question importante, celle de l'alimentation forcée, considérée dans ses indications, ses résultats, ses procédés opératoires, ses moyens de réalisation, c'est-à-dire les différentes substances qui peuvent être mises en usage. Des travaux importants de M. Debove, l'instigateur de la méthode, de M. Dujardin-Beaumetz ont été écoutés par vous, avec curiosité d'abord, avec grand intérêt ensuite, et celui qui a l'honneur de parler devant vous est lui-même intervenu dans le débat pour mettre en garde ses confrères contre des inconvénients ou des accidents qui pourraient compromettre une méthode thérapeutique à laquelle est peut-être réservé un grand avenir. M. Dujardin-Beaumetz et M. Debove ont continué devant vous la série de leurs attachantes communica-

tions sur ce même sujet. M. Dujardin-Beaumetz a fait fonctionner ici un nouvel appareil de gavage destiné à restreindre à la limite supérieure de l'œsophage l'introduction de la sonde. On a reproché à notre président cette expression de gavage, sous prétexte qu'elle n'a pas l'adhésion des léxicographes. Il aurait pu répondre que s'il était coupable d'un néologisme, sa faute était commise en bonne compagnie ; car, avant lui déjà, un grand maître de la langue montrait, dans une de ses poésies, un champ de carnage où se *gavaient* les corbeaux.

M. Debove a captivé votre attention par la description de ses procédés de fabrication de la poudre de viande qui occupe aujourd'hui un rang important parmi les substances qui concourent à l'alimentation forcée ou, pour parler plus exactement, à une suralimentation destinée à modifier, selon une expression heureuse, le milieu intérieur. Il vous a, en outre, lu un mémoire dans lequel, en vous faisant part de l'extension de sa pratique de suralimentation, il vous annonçait qu'il l'appliquait non plus seulement aux phthisiques, mais encore à des sujets débilités, inanitiés par d'autres causes, et notamment par l'anorexie invincible de certaines hystériques.

Il insistait, en outre, sur l'ensemble des moyens les plus propres à faire tolérer la suralimentation.

La question brûlante d'actualité de l'hygiène et de la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux, autrefois déjà traitée devant vous d'une façon si magistrale, est revenue à votre ordre du jour par la lecture d'un mémoire de M. Siredey, intitulé : *Statistique du service des femmes en couches de l'hôpital Lariboisière.*

Il est arrivé a ces saisissantes conclusions qu'en prenant le soin de séparer les accouchées malades des accouchées valides, qu'en recourant aux mesures hygiéniques de tout ordre dont l'obstétrique est redevable à M. Tarnier et à M. Hervieux, on peut abaisser la mortalité puerpérale à un pour 100 et même, en ne tenant compte que des cas simples, à un sur 153.

Enfin, il n'a pas eu de peine à démontrer que les résultats si favorables attribués à la mesure prise de faire faire, en grande proportion, les accouchements chez des sages-femmes agréées par l'Administration, doivent être tenus pour erronés, et que ce mode d'assistance, avec l'organisation actuelle, sans surveillance médicale et sans contrôle administratif sérieux, est loin de répondre aux espérances qu'une appréciation inexacte avait d'abord pu faire concevoir.

Poursuivant le cours de ses intéressantes études sur les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis, M. Martineau vous a présenté son troisième mémoire sur ce sujet. Les faits qu'il vous a exposés sont confirmatifs de ses observations précédentes sur les heureux résultats de ce mode d'administration du mercure qui, s'il n'est pas destiné à révolutionner un jour la thérapeutique de la syphilis, lui apporte tout au moins des ressources précieuses, et qui, en abrégeant les journées de traitement, peut procurer anx Administrations de bienfaisance, à l'Administration de la guerre une source d'économies dont la réalisation présente souvent une importance capitale.

Depuis l'année 1827, époque à laquelle Bright écrivit son célèbre mémoire sur une entité morbide reposant sur l'existence d'œdèmes et d'urines coagulables, on a tant moissonné dans le champ d'étude de la néphrite albumineuse qu'il semble qu'il n'y ait même plus rien à y glaner. Telle, heureusement, n'a cependant pas été l'opinion de M. Dieulafoy qui vous en a signalé trois nouveaux symptômes ignorés jusqu'ici ou tout au moins laissés dans l'ombre ; symptômes d'autant plus importants à connaître que, phénomènes du début, ils permettent de surprendre la trace de la maladie, alors que les signes classiques qui ont accoutumé de nous en révéler l'existence font encore défaut. Ces trois symptômes sont : premièrement, la fréquence des envies d'uriner, sans augmentation de la quantité des urines rendues en vingt-quatre heures. La polyurie est déjà bien connue. M. Dieulafoy désigne cette fréquence inusitée de la miction du nom de pollakiurie, pollakiurie le plus souvent précoce, exceptionnellement tardive, indolore ou douloureuse, plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

En second lieu, notre collègue a signalé les démangeaisons, la sensation d'un cheveu qui court sur la peau, indépendamment de toute lésion cutanée appréciable, et enfin, en troisième lieu, le *doigt mort.* Les malades qui en sont atteints accusent des fourmillements, des sensations douloureuses dans les doigts, beaucoup plus rarement dans les orteils, et parfois l'extrémité des doigts devient exangue, pâle et insensible.

L'étude des localisations multiples des granulations tuberculeuses a maintes fois occupé vos séances sous les formes variées de mémoires, d'observations, de présentations de malades ou de pièces anatomiques. Cette année encore, deux de ces localisations ont été soumises à votre examen. M. Gérin-Rose vous a entretenus d'une localisation très exceptionnelle vers la paupière dans un cas de blépharite où il a pu saisir, comme point de départ de l'inflammation, des granulations tuberculeuses à divers degrés d'évolution.

M. Gouguenheim vous a exposé l'histoire d'une détermination moins rare vers le pharynx,

détermination dont vous avez eu sous les yeux, depuis quelques années, de multiples exemples. Mais ce que vous avez observé beaucoup plus rarement sans doute, c'est la guérison de ces angines tuberculeuses, guérison dont M. Gouguenheim a eu la chance favorable d'obtenir un exemple à l'aide de l'attouchement des parties malades avec l'éther saturé d'iodoforme.

Messieurs, entraîné par le plaisir que j'éprouve à analyser avec vous l'œuvre de cette année, je m'oublierais volontiers, si je ne m'apercevais que je puis abuser de votre temps et fatiguer votre bienveillante attention. J'abrègerai donc, malgré tout l'intérêt des travaux qui me resteraient à examiner ou des questions qu'ils ont soulevées. Je ne terminerai pas, toutefois, sans vous rappeler au moins les titres de quelques-uns.

De la part de M. Gingeot, ce sont des *Considérations* sur un cas de rage traité par le hoang-nàn, substance originaire du Ton-Kin où elle jouit d'une grande réputation dans le traitement de la rage. Malgré son insuccès, M. Gingeot a cru devoir vous en entretenir, parce que les conditions mauvaises dans lesquelles il a dû opérer ne permettent pas de juger sans appel la valeur de ce remède.

M. Vidal vous a fait une intéressante communication sur les lésions cutanées de la dermatite exfoliatrice, maladie peu commune, mise à l'étude depuis quelques années, et qui jouit encore du privilège de provoquer l'intérêt des hommes de recherches.

M. Roques et M. Joffroy nous ont entretenus de la chute des ongles chez les ataxiques, accident résultant d'un trouble trophique qui, ainsi qu'on pouvait le prévoir, n'est pas exclusivement l'apanage du tabes dorsalis, mais qu'on peut trouver encore, selon l'observation de M. Joffroy, dans d'autres altérations du système nerveux, dans la sclérose en plaques, par exemple.

De M. Rendu, vous avez eu un mémoire *Sur l'intoxication par la vapeur de charbon et sur les paralysies qu'elle peut engendrer*; de MM. Hallopeau et Tuffler, une note *Sur un cas d'herpès phlycténoïde de la face, avec gangrène des muqueuses buccale et pharyngée et suivi de mort*, fait rare, peut-être unique.

M. Du Cazal vous a fait part d'une observation de *Purpura érythémateux*.

M. Laveran vous a lu un mémoire sur la *Nature parasitaire de l'impaludisme*.

Deux cas de gangrène des membres inférieurs ont été discutés devant la Société par M. Guyot. Dans le premier, il s'agit d'une observation de guérison, à la suite de gangrène sèche et humide par élimination de la jambe avec cicatrisation sur les condyles. Les faits de ce genre sont très rares.

La communication de M. Guyot avait principalement pour but d'engager les praticiens, si une circonstance semblable se représentait, à ne pas négliger les soins à donner à la jambe saine, de façon à prévenir la rétraction du tendon d'Achille et le sphacèle de la peau au niveau du calcanéum, accidents dont les suites, aujourd'hui encore, gênent beaucoup le malade pour marcher avec des béquilles.

Le second cas, survenu chez un jeune homme, par artérite suite de dothiénentérie, contribue à éclairer la pathogénie de la gangrène de la fièvre typhoïde. Il montre une fois de plus, depuis le mémoire de Patry, que les lésions vasculaires sont l'origine des gangrènes dans cette maladie, et que point n'est besoin pour les expliquer d'invoquer les altérations du sang, le génie épidémique et d'autres influences mal connues. Nous n'en sommes plus aujourd'hui au rapport de Béhier, lu devant cette même Société, sur les observations de Bourgeois, d'Etampes.

MM. Ferrand et Damaschino nous ont donné les détails les plus intéressants sur un malade, de l'hôpital Laënnec, atteint de chylurie. Ils ont vu et décrit le vers filaire auquel est liée cette bizarre maladie, et ils ont insisté sur ce point important: c'est que si, chez certains chyluriques, le parasite décrit par Wucherer, étudié par l'infortuné Crevaux, a échappé à l'œil des observateurs, c'est qu'on l'a cherché pendant le jour, dans le sang et dans l'urine, tandis qu'on ne l'y trouve que la nuit.

Vous citerai-je aussi les lectures de M. Debove et de M. Sevestre sur l'hystérie de l'homme, le fait de ladrerie chez l'homme, étudié par M. Troisier.

Le temps qui me presse m'empêche d'épuiser la liste encore longue des communications qui vous ont été faites (présentation de malades, de pièces anatomiques).

Des médecins étrangers à la Société sont venus vous apporter leur tribut et soumettre à votre jugement le fruit de leurs travaux.

M. Roussel vous a lu un mémoire sur la transfusion du sang;

M. Apostoli, sur *Un nouveau traitement électrique de la douleur épigastrique et des troubles gastriques de l'hystérie*. Nous espérons que les rapporteurs, auxquels en a été renvoyé l'examen, nous mettront bientôt à même d'apprécier la valeur de ces mémoires, dont il est difficile de peser complètement la portée à une simple audition.

M. Zancarol a eu la bonne fortune d'avoir pour rapporteur notre savant et laborieux

collègue, M. Damaschino, qui nous a fait comprendre tout l'intérêt de ses recherches sur les altérations anatomiques occasionnées dans l'intestin et les voies urinaires par le distoma hæmatobium.

Le rapport de M. Ferrand sur l'étude de M. Desplats, relative à l'action antipyrétique comparée de l'acide phénique et du salicylate de soude, a été le point de départ d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Dujardin-Beaumetz, Damaschino, Gérin-Roze, Labbé, Dreyfus-Brissac, de laquelle il est évidemment résulté que l'emploi, à doses élevées, de l'acide phénique dans la fièvre typhoïde n'a point donné de résultats nettement favorables et a parfois mis en péril la vie des malades, en provoquant des accidents de profond collapsus.

Je tiens essentiellement à constater ces conclusions, parce que j'estime qu'à s'écrier sans cesse : « L'hyperthermie, voilà l'ennemi! » proposition qui, dans ses prétentions absolues, me semble loin d'être démontrée, on s'expose à engager la thérapeutique, sans même y trouver l'insuffisante compensation d'un abrègement de durée de la maladie.

Enfin, il y a peu de jours encore, un ancien interne des hôpitaux de Paris, qui occupe dans la contrée où il pratique la médecine une situation élevée, M. Dionis des Carrières, par une brillante communication pleine d'entrain et d'houmour, a su, pendant une grande partie de la séance, exciter l'intérêt et provoquer d'unanimes applaudissements. S'attachant à cette question d'actualité de la contagion de la fièvre typhoïde par les déjections alvines des typhiques, il vous a montré, d'une façon péremptoire, le fléau de la dothiénentérie s'abattant à Auxerre sur les habitants de la cité alimentés par une source située à une certaine distance de la ville souillée par les matières fécales d'une femme atteinte de fièvre typhoïde dans le village où a été captée cette source, alors que les habitants des mêmes quartiers qui buvaient d'autres eaux, restaient indemnes. Rien n'a manqué à sa démonstration.

En raison des conditions particulières dans lesquelles sont placés les membres de notre Société, le compte rendu des maladies régnantes occupait dès longtemps une place importante dans nos ordres du jour. M. Besnier lui avait donné un lustre particulier qui rejaillissait sur la Compagnie. Il en a abandonné la rédaction; mais sans le faire oublier, le zèle et le talent de M. Du Castel sont un allègement à nos regrets.

Si nous jetons un regard sur le personnel de la Société, nous sommes obligés de nous souvenir que la mort nous a cruellement maltraités dans ces derniers temps. Pidoux, Woillez, Hillairet, Cazalis, nous ont été enlevés en peu de mois. Les hommages funèbres de la Société leur ont été rendus, lors de leurs obsèques, par les soins de votre secrétaire général.

MM. Homolle père, Frémy et Léon Colin, amenés à quitter les hôpitaux et se trouvant dans les termes prescrits par les statuts, ont demandé à échanger leur qualité de membres titulaires contre le titre de membre honoraire que vous leur avez accordé.

Cinq médecins du Bureau central récemment nommés, MM. Moizard, A Gombault, Déjerine, Tapret et Barth, ont été admis comme membres titulaires. Nous leur souhaitons la bienvenue et faisons appel à leur empressement, à leur jeune talent déjà bien connu de nous tous, pour contribuer à alimenter la vie intellectuelle de la Société.

Vous vous êtes de plus agrégé deux nouveaux membres correspondants : M. Desplats, professeur de clinique à l'Ecole libre de médecine de Lille, et M. Zancarol, médecin de l'hôpital grec d'Alexandrie.

Et maintenant, Messieurs, pour terminer, permettez-moi de vous donner un conseil et de faire appel à votre bonne volonté sur un point qui, à tous, vous tient à cœur. Vos publications destinées à perpétuer le souvenir de votre labeur sont l'objet de votre sollicitude. Vous vous êtes beaucoup émus de ce que le volume de 1880 n'avait paru qu'au mois de novembre 1882. Eh bien, laissez-moi vous le dire, vos secrétaires auront beau porter leurs procès-verbaux à l'imprimerie avec la plus grande exactitude, votre secrétaire général aura beau y multiplier ses visites et s'efforcer d'activer l'impression, tous ces soins seront dépensés en pure perte, et nous nous heurterons à des difficultés inéluctables si vous ne vous astreignez à remettre vos manuscrits et à corriger vos épreuves avec diligence.

La bibliothèque pourrait vous rendre des services, si elle était aménagée d'une manière moins défectueuse. Si l'état de nos finances le permet, je demanderai au conseil d'Administration un crédit pour améliorer cette situation.

Si je ne m'abuse, ce compte rendu justifie mes paroles du début ; nous avons lieu d'être satisfaits de notre année. Continuons donc à marcher dans notre voie avec confiance, avec l'amour de la science et du travail, en profitant de la situation particulièrement favorable où nous placent nos fonctions. Nous verrons s'accroître ainsi notre légitime autorité et, de plus en plus, nous verrons aussi la presse scientifique nous accorder libéralement un concours dont nous nous empressons de la remercier cordialement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 janvier 1883. — Présidence de M. JAMIN.

M. Siemens, qui ne se tient pas pour battu par les arguments de M. Faye, adresse une nouvelle lettre sur le mécanisme de la conservation de l'énergie solaire.

M. le secrétaire perpétuel fait observer, à ce propos, que les théories de M. Siemens ont provoqué un grand mouvement de curiosité en Angleterre et en Allemagne; ces théories doivent donc être examinées à fond, avec infiniment d'attention et de maturité. Il s'en rapporte sur ce point à son éminent confrère, M. Faye.

M. Trécul donne lecture d'une note sur le mode de formation et le développement des feuilles.

M. Faye fait hommage à l'Académie de l'Annuaire du bureau des longitudes pour 1883. Le nouveau volume contient, entre autres travaux remarquables, l'histoire complète et parfaitetement faite des comètes.

A quatre heures, l'ordre du jour appelle l'élection d'un vice-président qui, cette année, doit être choisi dans les sections des sciences mathématiques. On fait circuler les urnes. Sur 50 votants, M. Rolland obtient 35 suffrages; M. Dupuy de Lôme, 7; M. Philippi, 6; M. l'amiral Jurien de la Gravière, 1. Il y a 1 bulletin blanc. En conséquence, M. Rolland est proclamé vice-président.

Le bureau, pour 1883, sera donc composé de : M. Blanchard, président; M. Rolland, vice-président; MM. Joseph Bertrand et J.-B. Dumas, secrétaires perpétuels. MM. Becquerel et Milne-Edwards, membres sortants de la commission administrative, sont réélus.

M. le président Jamin, après avoir, selon l'usage, exposé l'état des divers travaux de l'Académie en cours de publication, et avoir énuméré les changements survenus dans le personnel, ajoute : « Messieurs, chaque année le président sortant vous remercie de l'honneur que vous lui avez fait en l'appelant au fauteuil, et vous assure que cet honneur est le plus grand qu'il pouvait recevoir. Je n'ai rien de mieux et rien de plus à vous dire. Quand on arrive au fauteuil, on éprouve une grande joie; quand on en descend, on se recueille, on médite, et l'on reste convaincu qu'on ne peut plus éprouver de plus grand bonheur, ou recevoir de plus grand honneur. Messieurs, je vous remercie. »

Les applaudissements éclatent et le bureau se constitue comme il a été dit plus haut.

—

M. Gosselin dépose sur le bureau une note de M. G. Colin relative à l'évolution des organismes microscopiques par l'animal vivant dans le cadavre et les produits morbides.

Trois faits principaux sont établis dans ce travail :

1° Il n'est pas un point des appareils respiratoires et digestifs où les microbes fassent défaut, et il est beaucoup de ces points où ces êtres sont en prodigieuse quantité.

2° Dans les conditions normales, tous les liquides à microbes (salive buccale, mucosités pharyngiennes, gastriques et intestinales) sont inoffensifs. Les êtres microscopiques ne leur communiquent aucune propriété nocive ou de virulence. Ces liquides ne deviennent dangereux que par suite d'une altération putride plus ou moins avancée, et alors tous les effets qu'ils produisent sont d'une commune nature, la septicité.

Les microbes ou les germes des microbes des voies respiratoires et digestives sont très probablement, sur l'animal vivant, portés dans une foule de points par les courants de diffusion, et très certainement sur le cadavre, dans toutes les parties du corps où ils se développent s'ils trouvent des conditions favorables.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 octobce 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — Présentation d'ouvrages par M. Martineau et M. E. Vallin. — Continuation de la discussion *sur les baraquements de Lourcine* : M. E. Besnier. — M. Roques : *Note sur un cas de gangrène symétrique des extrémités chez une albuminurique.* — Élections.

Correspondance imprimée. — La *France médicale.* — *Revue médicale.* — *Journal de médecine de Paris.* — La *Tribune médicale.* — *Annales de Gynécologie.* — *Bulletins* de la Société d'Anthropologie de Paris. — *Bulletin médical du Nord.* — La *Loire médicale.* — *Bulletins* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Lyon médical.* — Le *Progrès médical.* —

Journal de thérapeutique de Gubler. — *Annalele médicale Romane.* — *Discussion à propos d'une prétendue monomanie religieuse* (extrait des *Archives de neurologie*), par M. Delasiauve, etc., etc.

M. MARJOLIN, chirurgien honoraire des hôpitaux, a adressé à la Société les trois mémoires suivants :

1° Etude sur les causes et les effets des logements insalubres.

2° Note sur l'urgence de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, surtout dans les hôpitaux d'enfants et le dépôt des Enfants-Assistés.

3° Note sur les améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants.

—

M. MARTINEAU : J'ai l'honneur d'offrir en hommage à la Société médicale des hôpitaux :

1° La thèse d'un de mes élèves, M. le docteur de Mangell, sur *les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis.*

2° La thèse d'un autre de mes élèves, M. le docteur Bordes-Pagès, sur *les lésions des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses dans la syphilis secondaire.* On connaît depuis longtemps, surtout depuis les travaux de MM. Richet, Lancereaux, les lésions synoviales, les arthrites de la période, dite tertiaire, de la syphilis; on connaît, depuis les travaux de MM. Verneuil et Fournier, les synovites tendineuses de la période dite secondaire. M. Verneuil a émis aussi l'opinion que les diverses bourses séreuses sous-cutanées pouvaient être atteintes d'épanchement se présentant sous la forme d'un hygroma; il en a même publié plusieurs observations. Keyes, en 1876, après avoir constaté que les lésions syphilitiques des bourses séreuses n'ont pas été jusqu'à présent bien décrites et n'ont jamais été séparées de l'arthrite, a décrit l'affection tertiaire de ces bourses. Il signale plusieurs observations où nous voyons l'affection siéger sur les bourses prérotuliennes, sur celle du demi-tendineux, de la tubérosité du tibia, de l'olécrâne, de la malléole. Il signale la disposition symétrique de la lésion, sa disparition rapide sous l'influence de la médication antisyphilitique.

Le travail de M. Bordes-Pagès a surtout pour but de mettre en évidence l'affection aiguë des bourses séreuses sous-cutanées sur laquelle il m'a été donné à diverses reprises, depuis plusieurs années, d'appeler l'attention des élèves qui suivent ma clinique gynécologique et syphilitique de l'hôpital de Lourcine. Cette affection syphilitique est très fréquente chez la femme. Je l'ai observée plusieurs fois chez l'homme. Elle débute presque soudainement par une douleur localisée à la bourse séreuse sous-cutanée, douleur plus intense la nuit que le jour. Elle se traduit, dès le début, par une crépitation fine, neigeuse. Il n'existe aucune altération de la peau, aucune rougeur, aucun gonflement. Cette affection dure 24, 48 heures au plus, puis disparaît par le repos et surtout par le traitement antisyphilitique. Ordinairement, elle est symétrique ; elle occupe soit la bourse sous-cutanée prérotulienne, soit la bourse trochantérienne. Parfois sa durée est plus longue. Dans ce cas, aux phénomènes précédents s'ajoutent une rougeur assez vive des téguments et un gonflement limité à la bourse séreuse. Ce gonflement résulte d'un épanchement synovial caractérisé par la fluctuation. La crépitation, disparue au centre, se retrouve à la circonférence; puis elle reparaît au centre, alors que l'épanchement a disparu. Cette lésion syphilitique des bourses séreuses sous-cutanées apparaît généralement dans les trois à quatre premiers mois du début de la syphilis. Elle est d'une bénignité extrême; elle disparaît rapidement sous l'influence du traitement antisyphilitique.

3° Un Mémoire de mon interne, M. Hamonic, sur l'*hypertrophie amygdalienne syphilitique*, mémoire publié dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie de juillet et août 1882. Ce mémoire comble une lacune des études syphiligraphiques. Peu d'auteurs, en France, sauf nos collègues, MM. Desnos et Cornil, ont signalé cette lésion syphilitique, pourtant des plus communes. Dans mes leçons cliniques, j'ai montré que pendant l'évolution de la syphilis, au moment où se produisent les diverses adénopathies, il est commun de voir survenir une hypertrophie amygdalienne isolée ou accompagnée d'angine et de syphilides érosives, papulo-érosives, ulcéreuses. Cent-vingt observations ont été recueillies. C'est avec ces matériaux que M. Hamonic a fait de cette lésion une étude très approfondie et très intéressante. L'anatomie pathologique, les caractères cliniques sont traités de main de maître. Analyser ce travail, à propos d'une présentation, est impossible. Je préfère vous y renvoyer, persuadé que vous trouverez à sa lecture une satisfaction complète.

Enfin, Messieurs, je dépose en mon nom sur le bureau de la Société : mes *Leçons sur la thérapeutique de la syphilis.*

M. E. VALLIN offre à la Société son *Traité des désinfectants et de la désinfection.*

—

M. Ernest BESNIER : Je ne veux pas empiéter sur la discussion qui doit avoir lieu tout à

l'heure en comité secret. Cependant, comme il y a eu à notre dernière réunion une sorte d'accusation publique contre l'administration à propos des baraquements de Lourcine, il est bon de produire sa justification en séance publique et il est juste de l'exonérer des reproches que nous lui avions adressés. La commission d'hygiène s'est réunie, et M. le Directeur a déclaré à cette commission qu'il n'avait jamais eu l'intention de placer les typhoïdiques dans les baraquements de Lourcine. Quant aux baraquements actuellement en construction dans d'autres hôpitaux, ils n'ont pas encore reçu de destination définitive.

—

M. Roques fait une communication sur un cas de gangrène symétrique des extrémités chez une albuminurique. (Sera publiée.)

Élections. — M. Frémy est nommé membre honoraire de la Société; et MM. Tapret et Barth, médecins du Bureau central, sont nommés membres titulaires.

— A quatre heures et demie, la Société se réunit en comité secret pour la discussion des questions hospitalières relatives à la fièvre typhoïde.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire, Troisier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 octobre 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : Le *Journal d'hygiène*, le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal de médecine de Paris*, le *Journal des sages-femmes*, les *Annales de médecine Roumaine* (septembre 1882), revue mensuelle.

La correspondance manuscrite comprend : Une lettre de M. le docteur Guiter (de Cannes), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant; une lettre de M. le docteur A. Dumas (de Cette), posant sa candidature au titre de membre correspondant et annonçant l'envoi de plusieurs mémoires.

M. Dubrisay dépose sur le bureau un rapport qu'il a fait au Conseil d'hygiène, à propos de l'emploi de l'acide salicylique dans les substances alimentaires.

M. Delasiauve fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : Discussion à propos d'une prétendue monomanie religieuse.

M. Le Blond présente à ses collègues une brochure de M. le docteur Fissiaux, médecin-adjoint de Mazas, ayant pour titre : *Du traitement de l'uréthrite chez la femme par les applications locales et permanentes du coaltar saponiné.* M. Le Blond dit que les quinze observations consignées dans ce mémoire ont été recueillies dans son service, à Saint-Lazare. On sait combien l'uréthrite, chez la femme, est rebelle et résiste souvent pendant des mois au traitement le plus communément employé, la cautérisation de l'urèthre au moyen du crayon de nitrate d'argent.

Le procédé que M. Le Blond emploie, depuis plusieurs mois, à l'infirmerie de Saint-Lazare, consiste à introduire dans l'urèthre de la femme une tige de cuivre recouverte de gutta-percha, et qui n'est autre que le fil employé pour les sonneries électriques. Ce fil, entouré d'ouate qui lui adhère intimement, grâce à la couche de gutta-percha, est recourbé en crochet à son extrémité destinée à rester en dehors de l'urèthre. On imbibe ce petit appareil de coaltar saponiné et on l'introduit dans l'urèthre. On le renouvelle ensuite tous les deux jours.

Des uréthrites, soignées pendant plusieurs mois par des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, ont pu être guéries en quelques jours par ce nouveau procédé. La durée moyenne du traitement pour ces quinze observations, consignées dans le travail de M. le docteur Fissiaux, a été de dix-huit jours.

—

M. Rougon lit un rapport sur la candidature, au titre de membre correspondant étranger, du docteur Bergeaud (d'Haïti). Les conclusions sont votées et adoptées.

M. de Beauvais, secrétaire général, lit le compte rendu des travaux et du mouvement de la Société pendant l'année 1881. (Sera publié prochainement.)

De nombreux applaudissements couvrent la fin de la lecture de ce consciencieux rapport. M. le Président félicite vivement M. le Secrétaire général de son zèle infatigable, et le remercie des éloges discrets qu'il a su donner, dans le cours de ce compte rendu, à plusieurs de ses collègues.

Élection. — M. le docteur Dechaux (de Montluçon) est nommé membre correspondant.

—

M. Ladreit de Lacharrière présente une série de sondes pour la trompe d'Eustache, dont il explique l'utilité, et soumet à l'appréciation de ses collègues un audiomètre à mensuration de la sensibilité auditive. Il en détaille le mécanisme et l'application.

Série de sondes pour la trompe d'Eustache du docteur Ladreit de Lacharrière.

Une des raisons pour lesquelles le cathétérisme est en général très mal fait, est certainement l'imperfection de l'outillage.

Les sondes d'Itard, qui ont réalisé un progrès, sont cependant défectueuses par leur forme conique qui rend leur introduction plus pénible pour le malade.

Les sondes uniformément calibrées de M. Bonnafont sont excellentes, mais leur volume ni leur courbure ne sont pas toujours les mêmes. Chaque fabricant d'instruments de chirurgie est un peu à la merci de la fantaisie de ses ouvriers.

La conformation des fosses nasales n'est pas toujours la même ; la déviation de la cloison et du cornet inférieur laissera un passage très variable dans les dimensions.

Chez les malades dont les fosses nasales sont larges, il faudra se servir de sondes à courbures très fortes ; sans cela, le bec de la sonde viendra à peine affleurer le pavillon de la trompe ; chez ceux qui ont les fosses nasales étroites, la courbure de la sonde devra être très peu prononcée et, chez les enfants, il faut se servir des courbures les moins fortes. J'espère avoir réalisé un progrès en rendant cette sélection facile et en permettant de procéder avec sûreté et précision.

Lorsque un malade, qui est venu réclamer des soins à Paris, retourne en province, il s'adresse à son médecin pour continuer un traitement dont il a ressenti les bienfaits. Celui-ci fait demander une sonde à son fournisseur ; mais celle qui lui est envoyée a un calibre défectueux, une courbure mauvaise, et, dès les premières tentatives, on renonce à un cathétérisme douloureux et sans résultats. Il en serait tout autrement si le malade pouvait emporter une sonde dont le numéro lui aurait été indiqué et qui serait mathématiquement identique à celle qui avait été employée.

Le chirurgien lui-même aura un grand avantage à inscrire le numéro de la sonde dont il se sera déjà servi, quand il aura à répéter cette opération.

C'est pour éviter les inconvénients et réaliser les avantages que je viens de signaler, que j'ai fait construire par M. Dubois une série de sondes dont je voudrais vulgariser l'usage.

Mes sondes sont uniformément calibrées comme celles de M. Bonnafont.

J'ai remplacé les deux yeux, qui ne permettaient pas de reconnaître la position de l'extrémité, par une petite plaque placée du côté de la courbure et portant un numéro.

Ma série se compose de 9 sondes : 8 sont destinées au cathétérisme ; la neuvième, plus volumineuse, sert à porter des liquides caustiques sur l'orifice de la trompe d'Eustache. Les 8 sondes sont associées par paires de même calibre, mais chacune des sondes de ces quatre variétés présente une courbure différente.

Il est préférable de faire toujours pénétrer la sonde la plus volumineuse, afin de projeter la colonne d'air la plus énergique, mais il faut tenir compte de la conformation nasale individuelle. Si, la première fois, on est obligé de procéder par tâtonnements, il faut au moins les éviter quand on renouvelle le cathétérisme.

Les numéros de 1 à 4 sont destinés aux enfants ou aux personnes à narine un peu étroite. Les numéros 5, 6 et 7 sont des sondes d'adultes à narines larges.

Le numéro 8 est destiné à faire le cathétérisme par la narine du côté opposé à celui qu'on se propose de sonder.

Il peut arriver que la déviation de la cloison rende l'introduction d'une sonde tout à fait impossible. Dans ce cas, la narine opposée se trouve en général dilatée. On introduira la sonde à grande courbure de ce côté et, au lieu de faire faire à l'instrument un mouvement de rotation en dehors, on le fera tourner en dedans derrière le voile du palais, et il suffit d'un peu d'habitude pour ne pas manquer le pavillon de la trompe.

—

L'audiomètre du docteur Ladreit de Lacharriere.

De tout temps, on a été préoccupé de chercher les moyens d'apprécier la sensibilité auditive, afin de déterminer exactement la mesure dans laquelle l'ouïe se trouve affaiblie, ou bien se rendre compte de l'efficacité d'un traitement ou de son impuissance.

On a cherché également le moyen de faire connaître en langage scientifique l'état exact des malades qu'on avait soignés. Je ne rappellerai pas toutes les tentatives qui ont été faites dans ce but.

Les progrès récents de l'électricité devaient provoquer des applications nouvelles de cette force pour la mensuration de la sensibilité auditive.

Un électricien anglais, M. Hughes, a fait construire le premier instrument d'après ce principe, mais son instrument a l'inconvénient de ne donner que la perception des bruits; or, l'oreille possède deux facultés bien distinctes, celles de percevoir les sons et les bruits. Un certain nombre de personnes entendent très suffisamment la parole et ne perçoivent pas le bruit de l'échappement d'une montre. Les conditions inverses sont également vraies. Un bon audiomètre doit donc présenter ces conditions de donner la mesure de la perception des bruits et de celle des sons.

Pour que les observations faites à l'aide d'un instrument puissent être traduites en langage scientifique, il faut que les effets observés soient les mêmes pour tout le monde et dans tous les pays. La détermination de l'unité de force électrique ou de l'Ohms a permis de réaliser cette seconde condition.

M. Boudet, de Paris, a le premier appliqué les unités électriques à la mensuration de l'audition, et la bobine d'induction, à laquelle il a donné le nom de pont différentiel, a permis de réaliser ce problème.

L'audiomètre que je vous présente aujourd'hui se compose d'appareils connus depuis longtemps, parmi lesquels se trouve le pont différentiel de M. Boudet, de Paris, et je n'ai que la prétention d'avoir fait construire un appareil de cabinet qui, quoique un peu volumineux, me paraît réaliser le mieux les conditions du problème de la mensuration de la sensibilité auditive.

Cet appareil se compose, pour l'appréciation du son, d'un diapason animé à volonté par une batterie de deux ou quatre piles au manganèse. Par sa disposition et celle des bobines placées à ses extrémités, le diapason de mon audiomètre devient un appareil qui entretient son mouvement électriquement, qui produit des courants alternatifs; en un mot, c'est un générateur électrique, une machine électro-magnétique qui actionne un pont différentiel de M. Boudet, de Paris.

C'est un microphone, actionné par deux éléments au chlorure d'argent de M. Geiffe, qui donne l'appréciation du bruit.

Toutes ces impressions sonores sont transmises à l'oreille par le téléphone. Pour me résumer, l'instrument se compose :

1° D'un microphone destiné à donner l'appréciation du bruit et animé par deux petites piles au chlorure d'argent;

2° D'un diapason, qui donnera la sensation du son, et animé par quatre éléments au bioxyde de manganèse;

3° D'un téléphone pour transmettre à l'oreille les bruits et les sons;

4° D'un Rhéostat pour déterminer le nombre d'Ohms, ou unités électriques introduites dans le circuit;

5° Du pont différentiel de M. Boudet, de Paris, qui est une bobine d'induction que traverse le courant des deux sources d'électricité.

La perception de l'oreille sera d'autant plus nette qu'on laissera passer par le Rhéostat un plus grand nombre d'unités électriques ou de Ohms.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Dr DELEFOSSE.

JOURNAL DES JOURNAUX

Note sur les miasmes contagieux de la scarlatine et de la rougeole, par le docteur A.-G. EKLUND (de Stockholm). — Le docteur Eklund a observé, dans l'urine des scarlatineux, des corpuscules (*plax scindens*) de schizomycètes. Ces éléments seraient le contage essentiel de la scarlatine, mais l'auteur n'a pas vérifié le fait par la voie expérimentale: « il a été retenu, dit-il, par son devoir de médecin, qui lui défend d'exposer à des affections mortelles, soit nos prochains, soit mêmes les animaux. » Ces singuliers scrupules enlèvent une grande valeur aux observations qu'il publie.

Il a constaté sur les murs des habitations la présence d'un mycélium accompagnant le *plax scindens*. Il serait l'origine des angines et se retrouverait dans les cylindres des urines scarlatineuses. Le mycélium différerait du champignon de la diphthérie qui est un schyzomicète dichotomé (*boavliophyton glaucum*). Ces agents contagieux sont donc déposés sur les murs des maisons et contenus dans l'eau impure. Leur grande abondance rend illusoires les fumigations chlorées et sulfureuses. Le *plax scindens* causerait la dermite aiguë de la scarlatine et probablement agirait sur le sang comme ferment modificateur.

Dans les crachats et les taches cutanées des morbilleux l'auteur a observé de nombreux éléments de la *forme torula des mégacoccus.* Ces mégacoccus existeraient aussi dans l'urine et dans le sang, et la torula, très répandue dans la nature, se rencontrerait avec le micrococcus de la phthisie, circonstance qui expliquerait, d'après l'auteur, le développement fréquent de la phthisie après la rougeole. (*Annales de dermatologie*, t. III, p. 405, 25 juillet 1852.)

Ch. E.

FORMULAIRE

Pommade contre la mentagre. — Maître.

Oxyde rouge de mercure.	1 gramme.
Précipité blanc.	1 —
Sulfate de cuivre.	1 —
Pommade rosat.	15 grammes.

Mêlez. — Onctions dans le cas de mentagre, après avoir pratiqué l'épilation. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par divers décrets, en date des 28, 29 et 30 décembre 1882, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Meurs, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier : M. le professeur Parrot ; MM. les docteurs Desgranges, médecin principal de la marine ; Goujon, maire du douzième arrondissement de Paris, médecin-adjoint de la préfecture et des prisons de la Seine ; Tarnier, chirurgien de la Maternité ; Morache, médecin principal de première classe ; Sifflet et Clédat de la Vigerie, médecins-majors de première classe ; Jaillard, pharmacien principal de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Nègre, Seney, Rousse, Lenoir et Étienne, médecins de première classe de la marine ; Soutiers et Duval, médecins de deuxième classe de la marine ; Louvet, pharmacien de première classe de la marine ; Cuisinier (de Boulogne-sur-Mer) ; Isoard, ancien adjoint au maire de Marseille ; Bozonnet, membre du conseil général de l'Ain ; Allemand, membre du conseil général des Basses-Alpes ; Bénard, médecin de l'hospice de Buzançais ; Verdo, membre du conseil d'arrondissement de Marmande ; Naudet, médecin des hospices civils et des prisons de Langres ; Maloizel, médecin en chef de l'hôpital de Fontainebleau ; Bergerault, membre du conseil général de la Vienne ; Forgemol, maire d'Aix-sur-Vienne ; Dumas, Alibran, Derazet et Rochet, médecins-majors de première classe ; Sedan et Jourdan, médecins-majors de deuxième classe ; Léonardi, médecin en chef de l'hospice de Douai ; Bourgeois, médecin-chirurgien de l'hospice de Beauvais ; Barny, professeur à l'École de médecine de Limoges ; Talle, directeur de l'hôpital Lariboisière.

— Par décret en date du 20 décembre 1882, a été nommé dans le cadre du corps de santé militaire, et a reçu l'affectation ci-après :

Au grade de médecin de première classe : (Ancien.) M. Ramonnet (Francois-Marie-Auguste), médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, en remplacement de M. Reuille, retraité. Reste maintenu auxdits hôpitaux.

Congrès périodique international des sciences médicales. — Conformément au désir du Congrès périodique international des sciences médicales, pendant sa 7me session à Londres en 1881, la 8me session de ce Congrès sera tenu à Copenhague.

Afin de prévenir des coïncidences fâcheuses avec d'autres congrès médicaux, on nous prie de rappeler que cette 8me session aura lieu, à Copenhague, du 10 au 16 Août 1884.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

DERMATOLOGIE

DE LA LEUCOPLASIE BUCCALE [1]

(*psoriasis buccal, plaques blanches, plaques opalines de la langue*),

Leçon faite à l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur E. VIDAL,

Recueillie et rédigée par M. THUVIEN, interne des hôpitaux.

L'anatomie pathologique de la leucoplasie buccale, à son début, n'est pas parfaitement connue. Ce n'est que sur des pièces où les lésions étaient à un degré assez avancé, voisin même de l'état papillomateux, c'est-à-dire arrivées au premier degré de la dégénérescence épithéliale, que l'examen microscopique a pu être pratiqué sur les parties encore à l'état de leucoplasie. Les préparations histologiques de M. Debove, aussi bien que celles de ma collection particulière, proviennent toutes de langues commençant déjà à être atteintes d'épithélioma. Toutes les descriptions sont à peu près semblables. Ainsi M. Debove signale l'épaississement de la couche épithéliale, l'épaississement et la sclérose de la muqueuse; l'infiltration de jeunes cellules, la prolifération conjonctive, puis la transformation fibreuse du chorion: c'est ce qui amène l'auteur à décrire le psoriasis lingual comme une cirrhose de la muqueuse.

J'ai constaté dans la leucoplasie linguale, et j'ai décrit au Congrès de Londres l'aplatissement des papilles qui ressemblent alors à celles de la peau, la dilatation des vaisseaux et l'accumulation des leucocytes autour des parois vasculaires; j'ai constaté également, comme tous les auteurs, l'infiltration de cellules embryon-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 4 janvier.

FEUILLETON

LA PHARMACOPÉE CHINOISE.

Les fils du Soleil sont le peuple du monde le plus enclin à se droguer et médicamenter. Monsieur Fleurant est, parmi eux, un homme d'importance et fait des affaires d'or. Le Chinois est-il pharmacophage par tempérament; ou bien, mal nourri, mal vêtu, mal logé, ce besoin des simples est-il légitimé par les nécessités et les souffrances d'une vie si misérable? Il y a de l'un et de l'autre dans cette étrange manie.

Quoi qu'il en soit, le commerce des simples tient une place considérable dans les transactions générales du Céleste-Empire. A Hankow, un des ports ouverts aux étrangers, il passe par les Douanes plus de 20 millions de livres de médicaments par an : racines, bulbes, écorces, tiges, feuilles, etc. A Ningpo, cette spécialité atteint le tiers ou même la moitié du mouvement total des affaires; et pour toute la Chine, cette proportion peut être évaluée au cinquième du trafic général.

En thérapeutique, le Chinois est essentiellement thompsonien ou végétarien. Les remèdes minéraux ne sont guère employés qu'à l'extérieur. Le mercure, dans la syphilis, ne trouve même pas grâce; on accepte son efficacité, mais il est accusé de mener à l'impuissance et à la stérilité; et sur ce point, on n'entend pas la plaisanterie.

Autre particularité, cette matière médicale est essentiellement locale et personnelle. Aucun des produits que les Chinois exploitent et livrent au commerce étranger en quantités considérables : la Rhubarbe, l'Aloès, l'huile de Castor, le Camphre, etc., ne jouit chez eux du moindre crédit. Par exemple, ils considèrent la Rhubarbe comme la base et le fondement de la méde-

naires et l'hyperplasie conjonctive des couches superficielles du chorion muqueux. Quant à l'épiderme, il est extrêmement épaissi et on y trouve les cellules de la couche profonde atteintes de l'altération vésiculeuse. C'est l'état commun des cellules épidermiques en desquamation active.

Le professeur Schwimmer a signalé des lésions absolument identiques. Pour lui, c'est une inflammation chronique dans son sens le plus large. Je ne saurais y contredire, mais je fais une réserve : le lupus érythémateux n'est aussi pour bien des auteurs allemands qu'une inflammation chronique de la peau. L'entente est loin d'être parfaite, quand il s'agit de déterminer les caractères et les signes micrographiques de l'inflammation chronique.

Le chapitre étiologie laisse beaucoup à désirer. C'est exclusivement chez les adultes et les vieillards que vous observerez cette affection. Elle est très rare chez les femmes qui m'en ont cependant fourni au moins trois exemples. Le tabac agit comme cause occasionnelle, ainsi que les divers irritants locaux, les aliments épicés, les boissons alcooliques. Le mercure et l'iodure de potassium aggravent cette affection d'autant plus que le mal est plus avancé. A l'état papillomateux, ces agents médicamenteux ont une influence désastreuse ; ils donnent un coup de fouet au processus et précipitent l'évolution épithéliomateuse. Cette influence nocive des préparations hydrargyriques est encore plus néfaste sur l'épithélioma confirmé.

Quelle est la cause prédisposante de la leucoplasie buccale? Peut-on invoquer un état constitutionnel? Certainement, on peut la rattacher à l'arthritisme. Presque tous les malades ont des antécédents personnels ou héréditaires de rhumatisme, de goutte ou de gravelle. Et les relations de la leucoplasie avec cette diathèse viennent corroborer l'opinion du professeur Verneuil pour lequel l'épithélioma n'est qu'une modalité, qu'un produit de l'arthritis.

L'hérédité directe semble n'avoir aucune influence sur le développement de cette affection. Il n'en est pas tout à fait de même de la consanguinité. Bazin a vu, en effet, le psoriasis buccal chez plusieurs membres d'une même famille.

Quel est le pronostic? Quand vous serez interrogés sur la durée possible et les conséquences de l'affection, vous devrez être très réservés. En effet, vous avez affaire à une affection qui n'offre que peu de prise au traitement et qui se termine souvent par l'épithélioma. Simple au début, le pronostic devient sérieux quand se développe le papillome corné, deuxième degré de la leucoplasie, premier degré de

---

cine européenne et comme une de ces infirmités sociales de notre débile civilisation. Pendant la guerre de 1839-40, il fut sérieusement question, dans les hautes sphères, d'interdire l'exportation de la précieuse racine : cette prohibition devait avoir pour résultat de faire périr de male mort, et à bref délai, tous les Européens... par obstruction.

Enfin les principaux remèdes, qui tiennent leur faveur de la tradition et d'un aveugle empirisme, sont, au fond, des spécifiques universels.

C'est le fameux Gin Seng (Panax Gin Seng, de Meyer) qui tient la première place, et comme généralité d'emploi et comme multiplicité de vertus. Cette racine a été étudiée en Europe par Raczinski, dans un travail présenté à la Société des naturalistes de Moscou. Calau Meyer et Schultz en avaient déjà eu des échantillons entre les mains; mais il paraît qu'en Chine même, il y a de grandes différences dans les produits qui portent ce nom, et qu'en Europe et en Amérique, on n'a guère vu que des échantillons de dernière qualité et de douteuse authenticité. Aussi M. Newcome (Frederick), du *Med. Press and Circ.*, auquel nous empruntons une partie de ces détails, pense-t-il que nous ne sommes pas suffisamment autorisés à dénigrer sa valeur thérapeutique, si prisée des Chinois. Il s'en fait un commerce qui atteint des millions de livres sterling. Quelques variétés atteignent des prix considérables; celle qui vient de Mandchourie se vend jusqu'à 25 francs l'once. Le Gin Seng fait, pour ainsi dire, partie du régime journalier de tout homme qui se respecte. Quant à ses propriétés pharmacodynamiques, le Chinois, qui ne pousse pas très loin l'analyse physiologique, y voit surtout un tonique, le remède par excellence, la panacée.

Le Tangkuci est la racine d'une autre Araliacée, succédanée du Gin Seng, l'Aralia edulis, arbrisseau très commun en Chine. On en consomme des millions de quintaux par an; Hankow en a exporté, en 1880, pour plus d'un million de francs. On l'emploie contre la débilité et dans les maladies utérines.

l'épithélioma; il est d'autant plus sérieux que le sujet est plus avancé en âge. Passé 50 ans, la marche de la maladie sera plus rapide.

La question la plus difficile à résoudre est celle du diagnostic différentiel. Quand vous voyez ces plaques blanches, épaisses, disséminées sur une langue lisse, rose, vernissée, si vous avez affaire à un individu qui ne fume pas, qui n'a pas eu la syphilis, votre diagnostic est relativement facile. Mais si l'individu est un fumeur ou un syphilitique, la difficulté est grande.

Voici les principaux caractères différentiels : Dans la syphilis, je ne parle que de la syphilis déterminant la sclérose linguale, car il n'y a pas de confusion possible avec la syphilis secondaire, avec les plaques muqueuses, ni avec les syphilides circinées, pas plus qu'avec les gommes ; dans la syphilis, dis-je, dans le syphilome en nappe superficielle, la langue se trouve toujours divisée à sa surface par des sillons plus ou moins profonds, circonscrivant des îlots et donnant à l'organe l'aspect mamelonné lobulé si bien décrit par Fairlie Clarke et par mon savant collègue le professeur Fournier, apparence que vous ne trouvez pas dans la leucoplasie buccale. Dans le syphilome, la desquamation est mince et adhérente ; vous ne pourriez pas enlever l'épithélium par lambeaux, comme dans la leucoplasie dans laquellela langue n'est pas déformée ni mamelonnée, bien qu'un peu amincie, dans laquelle la desquamation est abondante, lamelleuse à un certain degré de son évolution. Celle-ci affecte presque exclusivement la langue et surtout la face dorsale ; la syphilis, au contraire, atteint avec prédilection la pointe de la langue, ses bords, auxquels elle donne un aspect découpé, dentelé, et même la face inférieure. Entre la syphilis et la leucoplasie, le diagnostic est très possible et même assez facile pour les médecins expérimentés.

Le diagnostic paraît plus difficile à établir avec les plaques blanches des fumeurs. Chez certains individus, individus susceptibles, prédisposés, vous le savez, l'usage des tabacs forts, du tabac à chiquer, et surtout l'abus de la pipe, détermine une irritation de la muqueuse buccale, lente, chronique, qui s'accuse par l'apparition de plaques blanchâtres à la face interne des joues, des commissures et sur la langue. Dans ces cas, il y a une certaine mobilité, une certaine irrégularité dans le siège des plaques ; la desquamation est mince, très adhérente : c'est, pour ainsi dire, un pityriasis buccal. Vous trouverez assez souvent sur la bouche des phlyctènes mettant à nu de petites surfaces exulcérées. Le point différentiel, le critérium est

---

Le Paichu est la racine d'une sorte de chardon. C'est toujours un tonique et un stimulant.

Le Yüangschen est administré aux femmes en couches comme galactagogue; mais on s'en sert aussi dans les fièvres, les maladies du cœur, du poumon et du rein : c'est une seconde édition du Gin Seng, à la portée des petites bourses.

Le Maitung est le bulbe d'une Liliacée, l'Ophiogon Japanicus; tonique et réfrigérant, on le donne contre le vomissement, le crachement de sang, la toux, les maladies pulmonaires en général. Narcotique à hautes doses.

Le Peium (Liliacea revularia) est employé contre les fièvres, la dysenterie, les hémorrhagies internes, la gravelle, les maladies de vessie.

Le Schenghi (Repinannia chinensis) est utilisé par les médecins de Canton comme dépuratif et modificateur général.

Le Yuanho a les mêmes vertus; il est, de plus, astringent et sédatif; trouve son emploi dans les maladies des femmes.

Le Yujon est un vermifuge, un fébrifuge et encore un aphrodisiaque.

Cette liste est loin d'épuiser la pharmacopée courante journalière des Chinois; cent autres simples répondent à des indications semblables qui donnent une idée de la méthode grossièrement symptomatique qui inspire leur thérapeutique. Nul doute cependant que, parmi les produits végétaux ou minéraux que recèle ce vaste empire, où presque tous les climats et les milieux sont représentés, on ne soit appelé à découvrir maints médicaments de valeur, le jour où la Chine sera le pays ouvert qu'un gouvernement d'obscurantisme dérobe invinciblement aux efforts de notre diplomatie. Parmi les aridités de quelque haut plateau, dans les fanges de quelque rizière, végète peut-être obscurément le spécifique de la rage ou de la tuberculose.

R. Longuet.

fourni par la suppression de la cause d'irritation. Si vous obtenez la cessation de l'usage du tabac, si vous pouvez soustraire le sujet aux agents irritants, alcools, épices, etc., après plusieurs semaines et, *a fortiori*, après quelques mois, vous verrez l'affection s'amender et guérir. De même pour les formes syphilitiques, si vous instituez le traitement spécifique, et surtout si vous pratiquez de préférence les injections hypodermiques de peptone ammonique mercurique, dont l'action est plus efficace contre les syphilides tardives de la langue, ordinairement si rebelles, vous verrez une amélioration se produire assez rapidement. Dans la leucoplasie, au contraire, le traitement mercuriel, comme je vous l'ai dit, détermine l'aggravation de la maladie, et la cessation de l'usage du tabac n'amène aucune modification notable. Ainsi donc, la notion du siège, les caractères de la desquamation, la suppression des causes occasionnelles, l'influence du traitement, tels sont les principaux éléments de diagnostic différentiel.

Mais il y a des cas où le jugement est encore plus difficile à porter, c'est lorsqu'il il y a association de syphilis et d'irritation par le tabac. Le problème sera plus complexe et il vous faudra procéder par élimination successive. Vous interdirez d'abord le tabac, vous essaierez la médication mercurique, mais si la lésion est arrivée à l'état papillomateux, ne tentez pas l'épreuve par les préparations hydrargyriques. Elle ne peut être que défavorable, sinon désastreuse, en stimulant la prolifération épithéliale. Parmi maints exemples, je puis vous citer celui d'un général russe, qui vint me consulter il y a quelques années. Il était atteint de leucoplasie linguale avec transformation papillomateuse. Langenbeck, consulté par le malade quelques mois auparavant, avait administré le traitement mercuriel; puis, le mal ayant empiré, il avait eu recours à une ablation partielle de la langue. Lorsque le patient se présenta à moi, l'épithélioma était nettement caractérisé et l'intervention chirurgicale déjà difficile. Une observation presqu'absolument semblable m'a été fournie par un des membres de ma famille.

Le traitement de la leucoplasie doit être général et local. C'est chez des arthritiques, vous ai-je dit, que vous rencontrerez surtout l'affection, c'est au traitement anti-arthritique que vous soumettrez vos malades. Les préparations alcalines, les eaux de Vichy ou les eaux de Vals sont indiquées.

Supprimez d'abord les causes d'irritation locale, proscrivez le tabac, rejettez le mercure ou l'iodure de potassium; à moins que vous n'ayez de fortes présomptions en faveur de l'origine syphilitique, prescrivez le traitement mercuriel sous forme d'injections hypodermiques.

Localement, on a essayé bien des topiques. Ce sont les lotions émollientes qui réussissent le mieux. Le malade aura soin d'empêcher les parcelles alimentaires de stagner dans les exulcérations et les fissures. Les lotions avec l'eau de Vichy, les attouchements avec la poudre de borate de soude trouvent ici utilement leur emploi. Les différentes préparations de chlorate de potasse en gargarismes, en potions ou en pastilles ne m'ont jamais paru bien efficaces. Un moyen qui m'a bien réussi pour calmer la sensation de cuisson, c'est de faire baigner la bouche, cinq ou six fois par jour, avec un gargarisme à l'acide salicylique (40 gouttes d'une solution alcoolique d'acide salicylique au 1/5, dans un verre d'eau). Les lotions avec l'eau d'orge, l'eau de guimauve sont préférables aux gargarismes astringents.

On a préconisé les cautérisations avec divers topiques. Le nitrate d'argent est infidèle et trop souvent nuisible. L'acide chromique à doses concentrées, depuis 1 pour 8, comme l'employait mon regretté collègue Hillairet, jusqu'aux solutions à parties égales, est un bon caustique. Voici les proportions de ma formule habituelle :

Acide chromique chimiquement pur . . .	1 gramme.
Eau distillée	5 grammes.

Voici comment vous devez procéder. Vous maintenez la langue hors de la bouche, vous touchez avec un pinceau humecté de la solution, puis après une ou deux minutes d'attente, vous lavez à grande eau. Les cautérisations seront réitérées tous les

trois ou quatre jours et ensuite graduellement éloignées suivant les résultats obtenus. Par ce moyen, vous arrivez assez facilement à guérir les fissures de la langue, et souvent vous parviendrez à améliorer la leucoplasie, parfois même à l'enrayer.

Devergie recommandait le nitrate acide de mercure qu'il faisait préparer ainsi :

Eau distillée	8 grammes.
Proto-citrate de mercure cristallisé. . . .	4 —

Réduire en poudre le proto-azotate de mercure, faire dissoudre dans l'eau portée graduellement à ébullition; retirer du feu et ajouter goutte à goutte, en remuant le mélange :

Acide azotique	2 —

(Formule publiée *in* UNION MÉDICALE, 30 décembre 1876.)

S'il y a une desquamation abondante, il faut enlever les squames. Vous procédez avec cet agent, comme je vous l'ai indiqué précédemment à propos des cautérisations à l'acide chromique, et vous revenez aux attouchements tous les quatre ou cinq jours. Après avoir lavé en injectant de l'eau, vous faites gargariser le malade.

Quelque favorable que soit le résultat de ces cautérisations, alors même que l'exfoliation épidermique de la langue ne se produirait plus, que la muqueuse aurait repris sa couleur et une apparence à peu près normale, sauf l'affaissement des papilles et l'état lisse et luisant de la surface des points autrefois envahis, malgré ces indications de bon pronostic, ne vous hâtez pas d'affirmer la guérison définitive. Elle sera exceptionnelle et vous ne pouvez guère compter que sur des rémissions plus ou moins prolongées. Après quelques mois, trop souvent même après quelques semaines, la leucoplasie tendra à reparaître. Cette tendance aux récidives sera, en général, d'autant plus marquée que la maladie sera plus invétérée.

Lorsqu'un malade se présentera à vous avec une leucoplasie ancienne compliquée de végétations papillomateuses ou lorsque chez un individu déjà en traitement vous verrez survenir cette complication, cette aggravation menaçante, l'indication est la même que si vous constatiez un nodule d'épithélioma commençant. Les cautérisations sont contre-indiquées ; elles accéléreraient l'envahissement. Vous devez alors recourir promptement à l'intervention du chirurgien. Celui-ci, dans le cas de complication papillomateuse, pourra faire la décortication de toute la région de la langue atteinte par la leucoplasie, et s'il sent un ou plusieurs noyaux d'induration épithéliomateux, quelque minimes qu'ils soient, il devra faire l'ablation d'une partie plus ou moins étendue de l'organe, en dépassant largement les limites apparentes de la lésion.

Ces indications opératoires ont été formulées et précisées, par MM. les professeurs Trélat et Verneuil, dans une très intéressante discussion de la Société de chirurgie (novembre et décembre 1880.

CLINIQUE CHIRURGICALE

QUELQUES RÉFLEXIONS CLINIQUES SUR L'APPLICATION DU SPÉCULUM POUR LE DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DU COL DE L'UTÉRUS,

Par le docteur FOURRIER,

Chirurgien en chef des hôpitaux de la ville de Compiègne.

Depuis quelques années, nous avons eu l'occasion de voir un grand nombre d'affections du col de l'utérus : il résulte de nos observations que ces affections ont été souvent méconnues par nos confrères, même par les plus célèbres, et cela, parce que, selon nous, l'application du spéculum a été faite sans prendre quelques précautions utiles. Nous croyons donc qu'il n'est pas inopportun d'appeler l'attention sur une cause d'erreur assez commune, en racontant l'histoire de quelques-unes de nos malades.

Obs. I. — Mme X..., 32 ans, d'une forte constitution, a eu une fille, il y a neuf ans; l'accouchement a été facile, les suites de couches heureuses. Cette dame vient me consulter en juin 1874. Depuis deux ans, elle est souffrante et présente l'ensemble des symptômes suivants : les forces ont diminué, la fatigue survient au moindre effort, à la moindre course; il y a de fréquentes envies d'uriner, de la pesanteur dans le bassin, de la constipation. Les règles sont régulières, mais elles sont suivies de pertes en blanc, très abondantes pendant huit à dix jours, et même l'écoulement leucorrhéique ne disparaît jamais complètement. De plus, il y a des douleurs d'estomac, de la dyspepsie. Je ne constate pas de signe d'anémie. Ces symptômes sont suffisants pour indiquer à tout observateur attentif l'existence d'une affection utérine. Aussi le médecin ordinaire de la malade, soupçonnant cette affection, a-t-il demandé et obtenu un examen. Il a constaté, chez Mme X..., une hypertrophie du col avec antéversion de l'utérus : rien de plus. . . . .

Or, voici ce que je trouve chez cette malade :

Au toucher, je constate que le col est hypertrophié, allongé; que l'utérus est lui-même atteint d'un certain degré d'hypertrophie. L'ouverture du col laisse pénétrer facilement la pulpe du doigt, qui perçoit alors l'existence d'une surface granuleuse, sensation qui résulte de la présence d'une ulcération profonde.

Au spéculum, je trouve le col violacé, sillonné par de grosses veines variqueuses et en apparence *sans ulcération*. Mais en appliquant fortement le spéculum et en entr'ouvrant les valves de l'instrument lentement, de façon à soulever la lèvre supérieure avec la valve supérieure, j'aperçois immédiatement une vaste ulcération intéressant les deux lèvres et surtout la lèvre supérieure; cette ulcération est fongueuse, saignante et profonde.

Il est évident que le confrère primitivement appelé à donner des soins à cette malade s'est servi du spéculum ordinaire plein, ou qu'il n'a pas appuyé suffisamment sur le spéculum bivalve, de façon à soulever la lèvre supérieure du col. Il a donc méconnu l'affection que j'ai facilement découverte, au moyen de la petite manœuvre que je viens d'indiquer.

Je n'insiste pas sur le traitement : plusieurs cautérisations au fer rouge ont facilement guéri l'affection.

Obs. II. — Mme X..., 24 ans, d'une constitution lymphatique, a eu une grossesse en 1879; elle est accouchée heureusement à la fin de cette année, les suites de couches ont été simples. Un an après, elle fait une fausse couche à trois mois, suivie d'une hémorrhagie assez importante. Puis, elle est atteinte de désordres du côté de l'estomac, consistant en douleurs après les repas; elle a, de plus, une leucorrhée abondante et des accidents bizarres du système nerveux : envies de pleurer sans motifs, impressionnabilité excessive. Elle consulte, à Paris, d'abord une sage-femme très expérimentée et ensuite une de nos célébrités médicales et spécialistes. On constate chez elle de la métrite avec hypertrophie du col. Le repos au lit, des injections de camomille sont conseillés. Les accidents persistent. Le même maître trouve une petite ulcération du col, pour laquelle il pratique plusieurs fois de légères cautérisations au nitrate d'argent. Elle revient à Compiègne, après trois mois de traitement, sans que la leucorrhée ait diminué. Les règles sont irrégulières et abondantes, les désordres nerveux sont plus accusés. Je l'examine dans ces conditions.

Au toucher, je trouve le col gros, l'utérus en antéversion prononcée ; le col laisse facilement pénétrer la pulpe du doigt, qui rencontre une surface granuleuse et saignante; le doigt explorateur ramène du sang.

Au spéculum, je trouve une ulcération de la lèvre supérieure ; mais en pressant sur l'organe et en entr'ouvrant le col avec l'instrument, je constate l'existence d'une vaste ulcération fongueuse de la cavité du col, intéressant les deux lèvres et particulièrement la lèvre supérieure.

Je conseille les cautérisations au fer rouge qui sont acceptées, mais une difficulté se présente. Il faut, pour cette cautérisation, employer un spéculum plein, en buis, qui puisse protéger les parois du vagin. Or, avec ce spéculum, il est impossible d'entr'ouvrir le col et de mettre à découvert l'ulcération. Deux fois je pratique la cautérisation avec le thermo-cautère; en introduisant la pointe de l'instrument dans le col, j'obtiens une amélioration sensible : diminution de la leuchorrée, amélioration des symptômes nerveux; mais l'examen avec le spéculum bivalve me permet, en entr'ouvrant le col, de voir que l'ulcération n'est point complètement guérie; la portion profonde n'a pas été atteinte par le caustique. Je pratique alors une nouvelle cautérisation, en me servant du spéculum bivalve; le défaut de rayonnement du thermo-cautère me permet de porter l'instrument sur les points malades : il me suffit d'avoir la main ferme et de porter le caustique directement sur l'ulcération.

La guérison est ainsi obtenue.

Obs. III. — Mme S..., 28 ans, d'une bonne constitution, a eu trois grossesses heureuses;

depuis six mois, elle souffre de l'estomac; douleurs gastralgiques, avec régurgitations acides, envies fréquentes d'uriner, leucorrhée abondante, règles irrégulières, sentiment de pesanteur dans les aines. Elle consulte à Paris un de nos maîtres. Celui-ci constate chez elle l'existence d'une antéversion, avec hypertrophie et allongement du col. Il conseille l'usage d'une ceinture hypogastrique et un traitement hydrothérapique. Au bout de deux mois, il n'y a pas d'amélioration et la malade vient dans mon cabinet.

Comme notre illustre confrère, je constate l'hypertrophie et l'allongement du col, l'antéversion; mais, instruit par mes observations, en appliquant le spéculum, je pratique la petite manœuvre qui entr'ouvre le col, et j'aperçois une ulcération profonde intéressant la cavité cervicale.

Trois cautérisations avec le thermo-cautère amènent la guérison pleine et entière.

Je pourrais publier ici plusieurs observations analogues : celles qui précèdent me paraissent suffire. Je veux seulement relater une quatrième observation que je dois à mon excellent confrère et ami le docteur Canivet, qui viendra confirmer les précédentes et faire voir le soin qu'il faut apporter dans l'examen au spéculum.

Obs. IV. — Une dame consulte le docteur Canivet pour des pertes. Mon confrère l'examine au spéculum et constate l'existence d'un petit polype dans la cavité cervicale de l'utérus; il peut faire cette constatation en ayant soin d'exercer une pression assez forte sur le col, de façon à l'entr'ouvrir un peu. Il propose naturellement l'extirpation de ce polype. La malade, ayant l'occasion d'aller à Paris, est conduite par une parente chez le docteur Lisfranc, dont personne ne peut contester la compétence en pareille matière. M. Lisfranc examine et déclare qu'il n'y a pas de polype. De là, grand émoi chez la malade et dans la famille, surprise désagréable chez mon confrère accusé d'erreur. Confiant dans son diagnostic, M. Canivet conduit la malade à Lisfranc, qui l'examine à nouveau. Après avoir appliqué le spéculum, il appelle mon confrère, tout jeune alors, lui dit du ton sarcastique que nous lui avons connu : « Voyez, mon cher confrère, si vous serez plus heureux que moi, je ne vois pas de polype. » Vous voyez d'ici l'émotion du jeune médecin, devant une illustration comme celle de Lisfranc. Le polype aurait-il disparu ? On sait que ces polypes tombent quelquefois spontanément. Notre confrère examine et ne voit rien, mais en pressant sur l'instrument de façon à appuyer sur la lèvre supérieure et à la soulever, il voit, à sa grande joie, le polype apparaître. Et Lisfranc de dire : « Madame, vous avez un polype que mon confrère vous enlèvera quand vous voudrez. »

La leçon était topique et n'a pas besoin de commentaires; elle porte avec elle son enseignement clinique et prouve le soin que nous devons apporter à l'examen des malades.

Il me reste à insister un instant sur l'application du spéculum en me basant sur les observations précédentes.

L'application du spéculum est décrite dans tous les traités classiques : position de la femme et de l'opérateur, manière d'introduire l'instrument, recherche du col, toutes ces choses sont parfaitement indiquées et minutieusement décrites, mais cela ne suffit pas. Les observations que nous venons de rapporter nous paraissent devoir faire comprendre ce que les auteurs ont négligé. Nous ne savons si des indications plus précises sont données par d'autres auteurs; mais, du moins, dans l'ouvrage de Courty, pas plus que dans celui de Churchill, nous ne les trouvons consignées. Que voyons-nous, en effet, dans nos observations? Des ulcérations de la cavité cervicale et un polype parfaitement méconnus. Cela tient à ce que l'examen a été fait d'une façon légère et peu soigneuse. Lorsque le col est gros et allongé, le spéculum appliqué selon les règles ne peut faire découvrir que la partie antérieure du col et nullement la cavité. Or, il résulte des nombreuses observations que nous avons pu faire, qu'il est possible d'entr'ouvrir le col avec le spéculum bivalve de Ricord, en ayant recours à une petite manœuvre facile à exécuter. Il suffit, après avoir appliqué l'instrument selon les règles ordinaires, de le faire basculer légèrement, de façon à ce que la valve supérieure appuie fortement sur la lèvre antérieure, puis de l'entr'ouvrir lentement. Alors on soulève la lèvre antérieure, et la cavité est découverte en partie. C'est ainsi que nous sommes parvenu à voir des ulcérations méconnues par nos confrères et par des spécialistes des plus distingués.

En employant le spéculum plein, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'arriver à ouvrir le col; cependant, en faisant également basculer l'instrument et

en opérant une pression suffisante, on peut quelquefois y arriver, bien que plus incomplètement : c'est ce qui est arrivé à notre confrère, le docteur Canivet, en présence de Lisfranc.

C'est sur ce point que nous avons voulu attirer l'attention des confrères qui voudront bien lire cette petite note; nous croyons faire œuvre utile en les engageant à employer notre manœuvre habituelle et à se servir toujours du spéculum bivalve pour un premier examen. Nous croyons que le spéculum de Ricord, avec son extrémité plus fine, est préférable à celui de Cusco, pour ces recherches au moins.

Du reste, il faut le dire, les études, au point de vue des maladies des femmes, sont des plus incomplètes. Combien de jeunes médecins quittent l'école sans avoir jamais appliqué le spéculum ! Aussi, combien d'erreurs commises au début, ou, au moins, quels tâtonnements ! C'est pour ces jeunes gens toute une éducation à faire et, cependant, les maladies des femmes sont si fréquentes, qu'il est triste de voir nos jeunes générations médicales aussi peu préparées sur ce point.

En terminant, nous ferons remarquer les services que peut rendre le thermo-cautère, avec son absence presque complète de chaleur rayonnante. Il permet, en effet, la cautérisation, sans avoir besoin d'employer le spéculum plein, instrument défectueux dans les cas dont nous venons de parler. Il faut seulement une main ferme et sûre d'elle-même.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 janvier 1883. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Rapport sur une observation d'ostéo-myélite du tibia et d'arthrite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne, amputation, guérison. — Observation d'œdème malin des paupières guéri par les injections sous-cutanées d'iode. — Observation de tumeurs douloureuses du genou; ablation, guérison. — Élection de membres correspondants étrangers et de membres correspondants nationaux.

M. Richelot, qui avait présenté, il y a huit jours, une observation de M. le docteur Millot-Carpentier, fait un rapport sur cette observation.

Il s'agit d'un individu atteint d'ostéo-myélite du tibia et d'ostéo-arthrite très grave de l'articulation tibio-tarsienne, suite de traumatisme.

La gravité des accidents inflammatoires engagea M. Millot-Carpentier à pratiquer, dans le but de les enrayer, la résection des extrémités articulaires; mais, au cours de l'opération, ayant constaté que les lésions étaient plus étendues qu'il n'avait pensé, il se décida à faire, séance tenante, l'amputation de la jambe au tiers supérieur.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses, et la guérison très rapidement obtenue sous le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin.

M. Richelot propose, en terminant : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments; 2° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national. (Adopté.)

— M. Horteloup, secrétaire général, lit un travail adressé par M. le docteur Chipault, membre correspondant à Orléans, relatif à un cas d'œdème malin des paupières guéri au moyen des injections sous-cutanées d'iode combinées avec le pansement iodé et la suture des paupières faites dans le but de prévenir l'ectropion.

— M. Nicaise fait une communication très intéressante sur un cas de tumeurs multiples douloureuses du genou.

Il s'agit d'une femme de 37 à 38 ans, qui, à la suite d'un coup porté à la partie interne du genou gauche, avait, vingt ans auparavant, éprouvé, dans cette région, des douleurs extrêmement vives qui avaient persisté malgré tous les moyens employés : vésicatoires, teinture d'iode, cautérisations ponctuées, injections sous-cutanées de morphine, etc.

En 1876, le genou devint le siège d'un gonflement très douloureux; la santé générale s'altéra et la malade ne pouvant plus marcher tomba peu à peu dans l'amaigrissement et le marasme. Elle finit par venir, dans ces derniers temps, à la consultation de l'hôpital Laënnec pour réclamer une opération qui la délivrât des souffrances atroces qu'elle endurait.

A l'examen de la malade, M. Nicaise constata une atrophie considérable de tout le membre

inférieur; le genou est le siège d'une tuméfaction au niveau du condyle interne augmenté de volume en hauteur et en largeur et très douloureux à la palpation. La peau, adhérente aux parties profondes, porte les traces des applications révulsives qu'elle a subies; pas d'œdème; consistance dure et ferme en certains points, mollasse et élastique en d'autres. L'articulation du genou paraît saine, mais les mouvements en sont très douloureux.

En présence d'un diagnostic obscur, M. Nicaise crut d'abord à une ostéite névralgique du condyle interne du fémur, ou à un abcès intra-osseux. Il proposa à la malade la trépanation du condyle, qui fut acceptée.

L'opération fut pratiquée le 18 juillet dernier, suivant les errements de la méthode antiseptique et après application préalable de la bande d'Esmarch. Une première incision fut dirigée obliquement du ligament latéral interne au bord supérieur de la rotule; une seconde incision, tombant perpendiculairement sur la première, remontait jusqu'au tendon du troisième adducteur. On trouve sous la peau une petite tumeur ressemblant à un névrome et entourée, dans son voisinage, d'un assez grand nombre d'autres petites tumeurs semblables. On en découvre une masse considérable après l'incision du muscle triceps; leur volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une grosse noix; la plupart ont des adhérences avec le périoste.

Ces tumeurs, évidemment de date ancienne, s'étaient creusées, à la surface de l'os, de petites loges en forme de godets séparés par des crêtes saillantes. Dans l'articulation, elles adhéraient à la synoviale. L'articulation fut largement ouverte, de manière à recevoir une éponge destinée à empêcher le sang d'y pénétrer.

Ces tumeurs enlevées, M. Nicaise constata que l'os était sain et qu'il n'y avait pas de lésions intra-articulaires. Il plaça deux drains: l'un, à la partie interne; l'autre, à la partie externe de l'articulation; puis, il réunit la plaie à l'aide de deux sutures: l'une, profonde, au catgut, appliquée uniquement sur le muscle; l'autre, superficielle et métallique, limitée à la peau. Pansement antiseptique de Lister.

Le soir de l'opération, état de la malade excellent; température: 38°,7. Le lendemain, pas de réaction locale; température: 37°,2.

Le 22 juillet, quatrième jour de l'opération, les fils de la suture superficielle sont enlevés, ainsi que le tube à drainage placé à la partie interne de la plaie articulaire. Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 38°,5.

Le 30 juillet, on supprime le drain placé à la partie externe de la plaie articulaire.

Le 2 août, la gouttière, pour l'immobilisation du membre, est enlevée; dès le lendemain, 3 août, les mouvements sont possibles, surtout ceux d'extension.

Le 5 août, 17 jours après l'opération, la malade peut se lever et marcher. Enfin, le 10 août, vingt-deuxième jour de l'opération, elle sort de l'hôpital dans un état de santé générale et locale qui ne laisse plus rien à désirer.

M. Nicaise appelle l'attention sur les difficultés du diagnostic que présentait le cas de cette malade. De quelle nature étaient ces tumeurs situées sur le périoste et adhérentes à cette membrane? M. Nicaise pense qu'il s'est agi de fibromes douloureux avec cette particularité qu'ils étaient situés sur le périoste au lieu d'être sous la peau, comme dans les conditions ordinaires. Il ne croit pas qu'il y ait dans la science d'autre exemple d'une pareille affection.

M. Nicaise attribue la guérison si rapide qu'il a obtenu chez cette malade aux bons effets de la méthode antiseptique appliquée dans toute sa rigueur.

M. Richelot dit avoir observé, à l'Hôtel-Dieu, pendant qu'il y remplaçait M. Richet, une jeune fille qui présentait à la partie interne du genou un lipome extrêmement douloureux. Il a pu pratiquer l'ablation de cette tumeur en laissant l'articulation intacte. En rapprochant ce fait de l'observation communiquée par M. Nicaise, il en résulte que des tumeurs de nature différente, siégeant à la partie interne du genou, peuvent donner naissance à des douleurs excessives.

M. Monod a observé également un fait semblable à celui que vient de rappeler M. Richelot. Il s'agit d'un individu entré dans le service de M. Verneuil pour une petite tumeur de la partie supérieure et interne de la jambe. Cet homme accusait d'atroces souffrances dans toute la partie inférieure du membre, et l'on pouvait croire, à la vascularisation exagérée de celui-ci, qu'il s'agissait d'un angiome douloureux. C'était cependant, comme l'opération l'a démontré, un lipome simple n'ayant aucune connexion avec les nerfs de la partie où il avait son siège. L'opération a été suivie de la guérison complète du malade.

M. Nicaise est d'avis que ces tumeurs doivent être distinguées des vrais névromes en ce qu'elles n'ont aucune connexion avec les nerfs.

— La Société de chirurgie procède par la voie du scrutin à l'élection de deux membres correspondants étrangers et de trois membres correspondants nationaux.

Les candidats élus sont : 1° dans la section des correspondants étrangers, MM. Mosetig-Morrhof (de Vienne) et Sands (de New-York); 2° dans celle des correspondants nationaux : MM. Cauvy (de Béziers), Demons (de Bordeaux), Martel (de Saint-Malo). — A. T.

CHRONIQUE

La dernière maladie de M. Gambetta. — En attendant que l'histoire officielle de cette maladie soit publiée par les médecins qui ont assisté M. Gambetta, nous croyons devoir donner à nos lecteurs les renseignements suivants, qui nous sont parvenus de bonne source :

La blessure de M. Gambetta, faite le 27 novembre, par une balle de revolver entrée par la face palmaire de la main et sortie par la face dorsale de l'avant-bras, était en très bon état le 3 décembre, et à peu près complètement guérie le 10. Le 13, après un repas assez copieux, il ressentit dans le flanc droit une douleur assez vive qui dura environ une demi-heure et disparut peu à peu, d'elle-même. Depuis plusieurs années déjà, cette douleur se manifestait très souvent, une heure environ après la fin du repas; M. Gambetta portait alors vivement la main au côté droit, vers la région du foie, pressait un peu, et la douleur s'en allait graduellement. La répétition fréquente de cette douleur lui avait donné, en quelque sorte, un geste qui lui était devenu familier et qui consistait à appuyer la paume de la main droite sur le côté droit du ventre.

Cette fois la région resta douloureuse plus longtemps; le 16, M. Gambetta reçut quelques amis, se fatigua, resta un peu tard dans son jardin, se trouvant très bien au grand air, disait-il; le soir, il fut pris d'un frisson, de fièvre, la température monta à 40° et la douleur abdominale devint plus vive. Les jours suivants, se montrèrent les signes d'une pérityphlite remontant sur le trajet du colon ascendant; puis, l'inflammation gagna la paroi abdominale et la fosse iliaque, devint gangréneuse et entraîna la mort le 31 décembre.

Les urines, examinées depuis deux ans à diverses reprises par M. Siredey, qui croyait son illustre client diabétique, n'avaient pas décelé la présence du sucre; pendant cette dernière maladie, le 18 décembre, je crois, on en trouva 15 grammes par litre, mais cette fois seulement; il n'y en eut plus les autres jours; l'albumine, au contraire, fut trouvée à chaque examen.

A l'autopsie, faite quarante-huit heures après la mort, la putréfaction du foie et des reins empêcha qu'on en fît un examen précis; on trouva une inflammation récente du péritoine, survenue probablement le dernier jour, au voisinage du colon ascendant; une inflammation sous-péritonéale de tout l'hypochondre droit, principalement autour du gros intestin (péricolite); deux larges plaques de phlegmon gangréneux de la paroi abdominale, au-dessus de l'aine et dans l'espace costo-iliaque; des adhérences anciennes entre la vésicule biliaire, très épaissie, et l'angle du colon, et entre l'appendice vermiforme et le cœcum; nulle part de pus collecté; à peine, en décollant le péritoine, s'en accumule-t-il deux cuillerées environ dans la gouttière péritonéo-pariétale; enfin, lésion plus importante, un rétrécissement ancien des cinq derniers centimètres de l'iléon et de la valvule iléo-cœcale, rétrécissement si étroit que le bout du petit doigt ne pouvait le franchir.

Ce rétrécissement était évidemment la cause de cette douleur qui se manifestait dans le flanc droit après les repas, au moment où les aliments digérés passaient de l'intestin grêle dans le gros intestin. Elle fut plus violente au moment de la convalescence de M. Gambetta, parce qu'il avait gardé une diète assez rigoureuse pendant la cicatrisation de sa plaie, et qu'il reprit trop vite son régime habituel; il y eut alors une sorte d'obstruction intestinale déterminée par le rétrécissement ancien qui, n'étant plus dilaté depuis une quinzaine de jours, mit obstacle au passage des matières; la douleur fut plus vive et dura plus longtemps parce que l'intestin subit cette fois une dilatation brusque. Que se passa-t-il alors? Peut-être une contracture de l'intestin voisin, peut-être une légère déchirure qui devint le point de départ du phlegmon constaté les jours suivants.

Voici donc comment on peut résumer cette maladie : Plaie en séton de la main et de l'avant-bras, guérie le 10 décembre; le 13, obstruction intestinale, ayant probablement provoqué le phlegmon qui se manifesta au voisinage d'un ancien rétrécissement de l'intestin, phlegmon qui, survenant chez un sujet obèse, albuminurique et peut-être diabétique, est devenu diffus, gangréneux et mortel.

Les organes thoraciques étaient sains; le cerveau, dont les circonvolutions étaient d'une netteté parfaite, ne pesait que 1160 grammes, ce qui est le poids d'un petit cerveau ordinaire; mais on sait que, d'après les savants les plus autorisés, le développement de l'intelligence n'est pas en rapport absolu avec le poids du cerveau. Or, personne ne peut nier que l'intelligence de M. Gambetta ne fût des plus remarquables.

On a dit que M. Gambetta était syphilitique; le fait est possible, mais on ne trouva aucune trace de la diathèse ni pendant la dernière maladie, ni après la mort.

On a critiqué diversement la conduite des chirurgiens, qui, dans cette circonstance, ont conservé une expectation à peu près complète. On leur a opposé l'opinion d'autres chirurgiens plus hardis qui n'auraient pas hésité à aller à la recherche du pus, coûte que coûte. Mais étant donné l'état constitutionnel de M. Gambetta (obésité, albuminurie, etc.), on a tout lieu de croire que ceux qui eussent été assez entreprenants pour aller à la recherche du pus, qui d'ailleurs n'existait pas en collection, se seraient exposés à faire, pour employer la spirituelle expression de l'un des consultants, une autopsie sur le vivant.

Inauguration du buste de Delpech. — Le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, M. le professeur Benoit, désirant compléter autant que possible la collection des bustes représentant les professeurs de cette École, avait demandé aux fils de Delpech le buste de leur père. Ce buste, œuvre de Falguière, avait été fait en marbre pour la ville de Toulouse, où Delpech est né; il en existait une reproduction en terre cuite, faite par le même artiste, et que la famille de l'illustre professeur a donnée à la Faculté de Montpellier. L'inauguration de ce buste a eu lieu, le 23 novembre 1882, dans la salle des Actes de la Faculté. Deux discours ont été prononcés à cette occasion. M. Benoit a exposé le but de la cérémonie et rappelé sommairement les principaux titres de Delpech à l'admiration de la postérité. M. Dubreuil, titulaire actuel de la chaire de Delpech, a retracé le mérite et la grandeur de son œuvre scientifique.

Nous ne pouvons entrer dans les détails de ces deux remarquables discours; nous en signalerons seulement un qui est tout d'actualité. On sait la part qui revient à Delpech dans la question des relations des diathèses avec les maladies chirurgicales. Alors que tout le monde, à Montpellier, revendique pour cette Ecole l'honneur d'avoir dit le premier et le dernier mot sur ces relations, M. Dubreuil, longtemps élève, puis maître à l'École de Paris, rend à son ancien collègue, M. Verneuil, l'hommage qui lui est dû. « La chirurgie tout entière, dit-il, n'est-elle pas dominée aujourd'hui par le fait de l'influence des diathèses, des états généraux sur l'état local, et ne voyons-nous pas un des maîtres les plus justement renommés de la Faculté de Paris consacrer les efforts de son intelligence d'élite à mettre en relief cette influence et à la préciser? »

Académie de médecine d'Irlande. — Au commencement de la nouvelle année scolaire (octobre 1882), les Sociétés médicales de Dublin ont résolu de se fusionner et de former par leur réunion une Académie de médecine. Seule, la Société obstétricale voulut garder son autonomie; mais on croit que cette décision n'est que temporaire, parce que bon nombre de membres de cette Société se sont prononcés en faveur de la réunion. Le titre de la nouvelle Académie ne fut pas adopté sans discussion; quelques membres voulaient qu'elle s'appelât : Académie de médecine et de chirurgie; mais, sur la remarque de deux éminents chirurgiens, M. Stokes et M. Bennett, que le titre général de *médecine* comprenait la chirurgie aussi bien que les autres branches plus spéciales de la profession, le titre d'*Académie de médecine* fut adopté définitivement. Il y a trois grades dans l'Académie : Fellow (agrégé), Member et Étudiant associé; elle est divisée en quatre sections : médecine, chirurgie, pathologie et obstétrique, avec deux sous-sections : anatomie et physiologie, et médecine publique. Chaque section aura un président et un conseil de dix membres, chaque sous-section un président. Le président de l'Académie est élu pour trois ans par l'assemblée générale; les présidents des collèges des médecins et des chirurgiens sont ceux des sections de médecine et de chirurgie; ceux des sections de pathologie et d'obstétrique sont élus chaque année. On publiera un volume annuel de *Transactions*.

Le 18 novembre, les membres de l'Académie, actuellement au nombre de 150, ont élu, comme président, le professeur Banks, et comme secrétaire général, M. William Thomson; la section de médecine a pour président W. Moore; la section de chirurgie, J.-K. Barton; la section d'obstétrique, J. Denham; et celle de pathologie, John-M. Purser. La première séance a eu lieu le 1er décembre dernier. Les séances sont mensuelles et ont lieu le vendredi.

Le legs Bradshawe. — La veuve du docteur William Wood Bradshawe a donné, au Collège des chirurgiens de Londres, une somme de 1,000 livres sterling pour la fondation d'un cours qui portera le nom de son mari. Ce cours, ou plutôt la « Bradshawe lecture », a été faite pour la première fois, le 13 décembre dernier, par sir James Paget. L'orateur avait choisi comme texte de sa leçon un de ses sujets favoris : « Sur quelques maladies rares et nouvelles. » La table de l'amphithéâtre était couverte de pièces, empruntées au riche musée du Collège des chirurgiens et relatives aux sujets traités par le professeur : os atteints d'ostéite déformante, altérations des extrémités articulaires dans l'ataxie locomotrice, et des affections moins dis-

tinctes, observées chez les animaux inférieurs, mais relatives au rachitisme et autres maladies bien connues dans notre espèce humaine, etc.; mais, le plus remarquable de tout fut une masse de deux cents corps étrangers cartilagineux enlevés, dans la matinée de ce jour, du genou d'un patient, par M. Thomas Smith.

Cette leçon annuelle rapporte à celui qui la fait la rente de 1,000 livres sterling, soit 50 livres environ (1,200 francs). — P.

FORMULAIRE

Potion contre l'anasarque scarlatineuse. — Widerhofer.

Teinture de scille.	3 gouttes.
Eau distillée	80 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges.	8 —

Mêlez. — Une cuillerée à dessert de 2 en 2 heures, aux enfants atteints d'anasarque scarlatineuse, quand il n'existe ni fièvre ni chaleur à la peau, mais que l'urine est peu abondante.

N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le registre des inscriptions du trimestre de janvier 1883 (deuxième trimestre de l'année scolaire 1882-1883), ouvert le jeudi 4 janvier 1883, sera clos le samedi 20 janvier à trois heures.

Passé le 20 janvier, nulle inscription ne sera reçue sans une autorisation rectorale ou ministérielle, selon le cas. Les inscriptions seront reçues les mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de midi à trois heures.

Les élèves de première et de deuxième année, qui ne sont point assujettis au stage hospitalier, devront prendre leur inscription du 4 au 11 janvier inclusivement. Les élèves soumis au stage prendront leur inscription du 12 au 20 janvier, aux jours et heures indiqués ci-dessus. Les inscriptions ne pourront être prises qu'autant que le stage hospitalier et la présence aux travaux pratiques auront été dûment constatés.

MM. les élèves sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté.

Les bulletins de versement pour les consignations et pour les examens continueront à être délivrés les lundis et les mardis, de midi à trois heures.

Observation importante. — Les bulletins de versement doivent être présentés à la Recette des droits universitaires (55, rue Saint-Jacques), autant que possible le jour même où ils sont délivrés.

Musée municipal d'hygiène. — Le projet de délibération suivant a été déposé au Conse municipal de Paris :

Il sera créé un musée municipal d'hygiène; ce musée sera établi provisoirement au rez-de chaussée du bâtiment de l'Hôtel-Dieu, situé du côté du quai aux Fleurs. La chapelle de cet hôpital sera affectée à l'installation définitive; la dépense, évaluée à la somme de 16,000 francs, sera imputée sur la réserve, pour dépenses imprévues du budget de 1882. Les frais d'entretien seront à la charge de la Ville.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. J.-B. Devillers. Cet honorable confrère, après avoir exercé la médecine vingt ans à Saint-Nicolas-lez-Arras, exerçait depuis vingt-trois ans à Arras. Il laisse les plus vifs regrets et la foule qui se pressait à ses funérailles attestait la reconnaissance des classes laborieuses auxquelles il avait consacré toute sa vie.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très précises). — Séance du vendredi 12 janvier 1883.

Ordre du jour. — M. Féréol : Rapport sur le travail de M. Dionis des Carrières sur la contagion de la fièvre typhoïde. — Communications diverses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Nous avons reçu d'un de nos distingués confrères de province une lettre inspirée par nos derniers *Bulletins* sur quelques projets de réforme dans l'enseignement médical. Nous avons plaisir à lui donner asile, et nous sommes prêt à faire le même accueil aux communications qui nous apporteraient des éléments nouveaux dans la discussion de ces intéressants problèmes.

« Voulez-vous me permettre, nous dit notre correspondant, quelques réflexions peut-être banales et que je soumets telles quelles à votre jugement?

« L'école de médecine de Paris est surtout une école professionnelle, ce qui n'empêche que la plupart des jeunes gens qui en sortent sont, comme vous l'avez dit, « de lamentables docteurs ». Mais les étudiants ont une excuse dans la manière dont les professeurs traitent leurs programmes, et qui les rend pour la plupart inaccessibles.

« C'est pour remédier à ce grave inconvénient qu'ont été institués les cours complémentaires des agrégés, et c'est là un des meilleurs rouages de toute la machine; mais ces cours ne possèdent ni la notoriété, ni la réglementation nécessaires. Pour moi, voici comment je comprendrais l'organisation de l'école :

« Pour les *étudiants-savants*, ceux qui se vouent à l'enseignement ou à la science pure, même pour les *étudiants-médecins* qui veulent donner à leurs connaissances un lustre de bon aloi, les cours des Sappey, des Robin, des Laboulbène, etc., seraient suivis avec goût; en même temps que les curieux de la science, les étrangers y trouveraient le haut relief qui convient à la première École française.

« Les *étudiants-médecins*, ceux qui ont hâte d'arriver au but, ceux qu'une position attend, ceux que la question d'argent presse, — et c'est le plus grand nombre, — ceux-là trouveraient dans les cours complémentaires, bien réglementés, les connaissances nécessaires et suffisantes, l'enseignement technique et substantiel qui dans les cours actuels s'éparpille et se noie au milieu de variations brillantes.

« En résumé : 1° Cours des professeurs (et pourquoi ne se feraient-ils pas en robe comme dans les autres Facultés ?) absolument libres et dans le choix et dans le développement de leurs programmes ; 2° Cours complémentaires, dont les programmes embrasseraient autant que possible en un an tout le cercle des connaissances médicales nécessaires.

« Ces derniers seraient obligatoires, la présence étant constatée par un pointage sur une carte personnelle. La rédaction du cours serait facultative; dans chaque dossier, en regard de la page consacrée à l'examen, serait ouverte une colonne de *points préalables* ; dans cette case serait inscrite, en rapport avec les cours manqués, une série de *points noirs* qui seraient déduits, à chaque examen, de la somme des *points blancs* fournis par la visite des cahiers et par les réponses du candidat.

« Enfin, je voudrais qu'il fût institué un cours accessoire de *direction scolaire*, obligatoire aussi, où les étudiants apprendraient à se diriger dans leurs études. On leur indiquerait les cours à suivre, les laboratoires à fréquenter, la manière de compulser une bibliothèque, de s'en composer une pour eux-mêmes, de mettre à profit les richesses des musées et des collections, de suivre utilement un service hospitalier, enfin de triompher des difficultés d'un examen.

« En songeant au peu que je savais quand je quittai Paris, le diplôme en poche,

les remords me prennent, mais aussi un sentiment d'amertume contre cette École qui aurait dû m'enseigner tant de choses, et qui n'en a rien fait; car si, des connaissances d'un docteur frais émoulu, on retranchait ce qu'il a pu apprendre à l'hôpital et sous l'abat-jour de sa lampe, que resterait-il? Un bien mince bagage.

« Vous me pardonnerez ces reproches peut-être sévères; la lecture de vos derniers articles a ravivé en moi une sorte de rancune que je ne voudrais pas exagérer, mais que je crois, dans une certaine mesure, légitime... »

Voilà une question embarrassante : Qui a le plus de reproches à se faire, l'étudiant ou l'Ecole?

Certainement les cours sont peu suivis. On aurait tort, cependant, d'accuser nos professeurs d'être inaccessibles et de se cantonner dans la théorie pure; leur enseignement, quelle que soit son élévation, est toujours pratique et inspiré par les faits. Mais leurs cours ont, par la force des choses, une assez longue évolution; il ne s'agit pas de « variations brillantes », mais il faut que l'enseignement de la Faculté ait une ampleur suffisante, il faut que la médecine et la chirurgie contemporaines y soient largement exposées. On ne peut demander au cours d'un professeur de Faculté de s'abaisser au niveau d'une conférence élémentaire, qui se déroule et s'achève dans l'espace d'une année.

Aussi l'institution des cours complémentaires, faits par les agrégés dans l'esprit indiqué par notre correspondant, est-elle une heureuse innovation; elle comble une lacune et répond à un besoin de l'enseignement pratique, aux aspirations de beaucoup d'élèves. Mais à peine ébauchée, entravée par des difficultés budgétaires qui sont loin d'être les seules, elle n'a donné jusqu'ici qu'une faible idée de ce qu'elle pourrait être. Espérons qu'elle prendra racine dans notre Faculté, et que la participation des agrégés à l'enseignement deviendra un jour plus générale et plus efficace.

Mais, pour obtenir de cette organisation les meilleurs effets et des élèves la plus grande somme de travail, nous sommes loin de penser qu'il faille rendre les cours obligatoires. L'idée d'enrégimenter les étudiants et d'en faire de grands collégiens est déjà venue en discussion; elle n'a aucune chance de réussir. On peut à la rigueur, par une loi de contrainte, obtenir la présence des élèves, mais leur attention et leurs efforts, jamais; c'est une pure illusion. Nous ne sommes pas ennemi quand même de l'obligation; mais encore faut-il qu'elle ait chance d'atteindre son but, et quand nous avons défendu ici-même l'obligation vaccinale, le meilleur argument qu'on nous ait donné contre elle, le seul qui nous ait embarrassé, c'est l'extrême difficulté de la rendre effective. Il en serait de même pour les cours obligés; on aurait un règlement vexatoire, une apparence d'assiduité, aucun zèle véritable. Nous pourrions montrer dès aujourd'hui, dans un autre ordre d'idées, à quels piteux résultats l'obligation peut conduire; nous le ferons bientôt, en parlant du concours pour les prix de l'internat.

Nous persistons à croire que, pour exciter les élèves à bien faire, il faut deux choses : 1° *mettre à leur disposition* tous les éléments de travail; 2° organiser, rendre plus sévères dans une juste mesure et, partant, plus efficaces les examens probatoires. La première clause est une condition sans laquelle nous n'avons pas le droit d'exiger beaucoup à l'heure des épreuves; et la difficulté relative de ces épreuves remplacerait avantageusement toutes les contraintes pendant les études préparatoires.

De même qu'une seule crainte au monde, celle de la répression, peut arrêter la main des criminels, — que les étudiants me pardonnent cette comparaison, — une seule est capable d'exciter au travail les élèves dépourvus d'ambition, celle de l'examen. — L.-G. R.

Élections. — La Société médicale de l'Élysée a procédé dans sa dernière séance à l'élection de son bureau pour l'année 1883.

Ont été élus : Président, M. le docteur Mallez; vice-président, M. le docteur Nicaise; secrétaire général, M. le docteur L. Le Pileur : secrétaires annuels, MM. Thorens et Hogg.

CLINIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSEUDO-ÉPILEPSIES

CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES D'ORIGINE GASTRO-INTESTINALE (ÉPILEPSIE GASTRO-INTESTINALE),

Par le docteur Ch. ELOY, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Si la loi du retentissement des irritations périphériques ou viscérales sur les centres nerveux explique la productiou des paralysies d'origine viscérale, elle donne aussi la pathogénie des accidents d'hyperexcitabilité nerveuse consécutifs aux mêmes causes.

Des faits observés par nombre de cliniciens et de physiologistes permettent donc de répéter avec M. Talamon (1) que les troubles nerveux de cette nature sont caractérisés, tantôt par des phénomènes d'excitabilité anormale ou d'hyperexcitabilité, tantôt aussi par des phénomènes d'inexcitabilité, c'est-à-dire par des arrêts de fonctions. par des effets suspensifs.

Maintes et maintes fois, dans les expériences physiologiques, on voit un même excitant, appliqué dans les mêmes conditions expérimentales, donner lieu aux uns ou aux autres de ces phénomènes, sans qu'il soit possible de trouver la raison de ces différences (2). Dans de telles circonstances, il est d'usage en clinique d'invoquer la prédisposition individuelle du malade. En physiologie, on met souvent ces différences dans les effets obtenus sur le compte d'une lacune dans les précautions expérimentales, sur l'inattention momentanée de l'observateur, ou enfin on place les résultats contradictoires dans la catégorie des exceptions.

L'accord entre l'expérimentation et la clinique existe dans les cas actuels; quelle que soit la tendance à le faire, il n'y aura donc pas à se prononcer en faveur de la clinique contre l'expérimentation.

Les observations suivantes, dont j'ai été témoin, sont relatives à des cas de convulsions épileptiformes d'origine gastro-intestinale. La loi du retentissement des irritations viscérales sur les centres nerveux trouve donc ici son application, et ces phénomènes sont de même ordre que les paralysies d'origine viscérale. Dans les unes et les autres, même cause originelle, une irritation viscérale; et mêmes effets obtenus, c'est-à-dire modifications de l'excitabilité réflexe, soit sous forme d'une suspension (paralysie), soit par une augmentation (convulsions).

Ces convulsions épileptiformes auraient reçu des anciens auteurs le nom générique d'épilepsie. Dans ces observations on ne peut cependant, comme on l'a dit bien souvent à propos de la pathogénie de l'épilepsie, admettre que des irritations viscérales aient été seulement la cause occasionnelle de l'épilepsie, chez des sujets prédisposés héréditairement. Aucun antécédent ne justifie cette opinion; tout au contraire, la disparition des phénomènes épileptiformes avec la cessation des causes d'irritation, leur guérison durable, par la disparition des troubles gastriques, méritent à cette épilepsie symptomatique ou sympathique, suivant le point de vue auquel on se place, la dénomination plus légitime de *pseudo-épilepsie* d'origine *gastro-intestinale.* Cette dénomination d'épilepsie intestinale n'est d'ailleurs pas nouvelle. La fréquence des troubles stomacaux avait donné à Prichard l'idée d'une épilepsie intestinale (*enteric epilepsy*) (3).

OBS. I. — Le 18 février 1882, madame D... me présentait son petit garçon, âgé de quatorze mois, et malade depuis dix mois. A quatre mois, il avait été atteint d'une première attaque convulsive avec état de mal qui se répéta pendant plusieurs jours. Les attaques se renouvelaient quotidiennement et à fréquentes reprises. Un pronostic grave fut porté par les médecins éminents qui virent alors l'enfant.

(1) Talamon. *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1879, p. 841.
(2) Brown-Séquard. *Cours de méd. expérimentale au Collège de France*, 1881.
(3) Prichard. *Ireatix oudiseases of the nervous system.*

Les accidents nerveux ne s'amendant que partiellement, la constipation persistant, on le confia aux soins d'un médecin spécialiste parisien très en renom. Après un traitement de trois mois, il porta le diagnostic de *sclérose cérébrale*, et déclara à son tour que le pronostic était des plus sombres.

Le jeune D... est un enfant gros, bouffi et dont les chairs sont molles et le teint de couleur bistre. Le père est créole, originaire de la Havane, et la mère bavaroise. Les antécédents héréditaires sont nuls. Il existe une tante qui est hystérique.

On observe un arrêt de développement de la fontanelle antérieure, mais on ne constate ni synostose des sutures, ni asymétrie crânienne. Le travail de la dentition n'est pas encore commencé.

L'enfant pleure et crie facilement; il a une tendance à l'assoupissement et il paraît triste. Le sommeil est troublé par les accidents dont il est question plus loin et qui surviennent aussi bien pendant cet état que pendant la veille.

Il se jette avec avidité sur le sein de la nourrice, quand on le lui présente. La constipation est opiniâtre et rebelle aux diverses médications. Les selles verdâtres contiennent des fragments de caséum coagulé et imparfaitement digéré. La langue est saburrale; les urines, abondantes, sont traitées par les divers réactifs et contiennent seulement des traces d'albumine et de faibles quantitée d'urée. Les fonctions respiratoires et circulatoires sont intactes. L'abdomen sonore et peu volumineux possède sa consistance habituelle.

L'examen du lait de la nourrice est fait avec soin. Il ne paraît pas défectueux; de plus, cette femme n'est pas alcoolique, comme j'ai pu m'en assurer par une minutieuse enquête.

De temps en temps, sans motif appréciable, l'enfant éprouve des convulsions unilatérales du cou, de la tête et du membre supérieur du côté gauche; les mouvements convulsifs dont j'ai été témoin consistent dans la flexion latérale de la tête avec abaissement en avant et de droite à gauche. La tête s'incline donc sur le tronc et se place dans la rotation en dehors, la face regardant du côté droit.

L'avant-bras gauche est le siège de mouvements convulsifs de flexion et d'extension, et les doigts sont dans la flexion. Les globes oculaires dans la rotation en haut se cachent sous les paupières supérieures. On observe du clignement convulsif, des contractions cloniques faibles des muscles du côté gauche de la face, et de la dilatation pupillaire persistant après ces phénomènes.

Chaque attaque convulsive dure de quelques secondes à trois ou quatre minutes et se renouvelle jusqu'à douze et treize fois dans les vingt-quatre heures. La sensibilité cutanée est normale.

La motilité des membres inférieurs paraît diminuée. Quand l'enfant est tenu dans la station verticale, on constate une certaine faiblesse du membre inférieur gauche, dont les muscles ont une moindre consistance que ceux du côté opposé. Au moment de l'attaque convulsive, on compte 124 pulsations radiales.

On suspend la médication par le calomel à doses réfractées, qui avait été employée jusqu'à ce jour, et on prescrit le bromure de potassium. L'iodure avait été essayé, mais sans succès.

1er Mars. Après une diminution de fréquence pendant quelques jours, les attaques sont devenues plus nombreuses et les troubles digestifs plus manifestes. L'enfant vomit quelquefois les aliments.

Je fais appel aux bons avis de mon affectionné maître le docteur Henri Huchard. Aucune hésitation n'existe sur la nature épileptiforme des convulsions et la probabilité de leur connexion avec les troubles digestifs. Mais l'état général fait réserver le pronostic. La pancréatine sous forme de sirop et un mélange de bromures de sodium et d'ammonium sont prescrits. On doit augmenter les doses de ce dernier jusqu'à production de bromisme.

Le 1er mars, on compte cinq violentes attaques; le 2 mars, sept; le 3, six; le 4, cinq; le 5 sept; le 6, six; le 7, cinq. La dose quotidienne des bromures a été portée de cinquante centigrammes à deux grammes graduellement

Le 8 et le 9 mars, on constate quatre attaques et quelques signes de bromisme. Les troubles digestifs redoublent, la constipation alterne avec la lientérie. L'intolérance de l'estomac pour l'eau d'Alet et le sirop de pancréatine est absolue. L'état général et l'amaigrissement s'aggravent.

10 Mars. Dans une nouvelle consultation avec M. Henri Huchard, je propose de modifier l'alimentation du nourrisson. On décide qu'on changera la nourrice, que la nouvelle nourrice n'allaitera que pendant la nuit, et que le régime diurne consistera en lait coupé avec l'eau de Vichy, jus de viande, bouillons légers.

Le 10 et le 11 mars, l'enfant a quatre attaques violentes. Les selles sont diarrhéiques, verdâtres et contiennent du lait coagulé et non digéré. On change de nourrice.

Du 12 au 18 mars, la diarrhée est moins abondante; les attaques diminuent en nombre

et en longueur. Excepté le 17 et le 18 mars, jours où on en compte trois, on n'en observe plus que deux.

Du 19 au 22 mars, on constate tantôt une seule, tantôt deux attaques quotidiennes.

Du 23 au 26 mars, on ne compte plus qu'une seule attaque. Depuis cette époque, elles ne reparaissent plus. Les fonctions digestives sont meilleures; la lientérie a disparu; les selles ne contiennent plus de parcelles d'aliments. L'enfant est gai, le sommeil calme.

25 Avril. La fontanelle est moins étendue; l'enfant se tient mieux sur ses membres inférieurs et le teint est moins jaune. En juin, la dentition commence à s'opérer, mais sans aucun trouble digestif ou nerveux. L'enfant a augmenté de poids.

Le 13 juin l'enfant a deux dents. Actuellement (10 août) il commence à marcher; il a quatre dents, l'éruption des incisives supérieures a donné lieu à de la diarrhée et à des vomissements; mais on n'a plus observé de convulsions épileptiformes. Il y a trois semaines, il a été brusquement sevré par le départ de la nourrice qui l'allaitait encore pendant la nuit. Son état général n'en est pas moins satisfaisant. Il cherche à balbutier quelques mots.

Depuis (20 août), cet enfant a été atteint d'une violente diarrhée cholériforme. Mais, malgré la gravité des troubles gastro-intestinaux, les phénomènes nerveux ne se sont pas reproduits. Cette épreuve, comme le disait avec raison M. le professeur Brouardel, que j'avais fait appeler en consultation, indique bien que les convulsions épileptiformes n'étaient pas de l'épilepsie vraie.

Doit-on considérer ces accidents comme éclamptiques ? Leur répétition quotidienne pendant des mois, cet état de mal presque continuel, les altérations trophiques, l'arrêt de développement des os du crâne, la perte de connaissance évidente durant l'attaque sont des phénomènes épileptoïdes. Les mouvements de flexion de la tête ne sont pas sans analogie avec la nutation de cette forme d'épilepsie, que l'on a désignée sous le nom d'*eclampsia nutans* (1).

La localisation des mouvements convulsifs au côté gauche de la face et du cou et au membre supérieur gauche avait fait penser à une lésion cérébrale. Mais cette opinion fut rapidement abandonnée.

Il n'en est pas de même des troubles gastro-intestinaux dont les relations avec les accidents convulsifs ont été manifestes. Leur disparition a été suivie de la cessation des troubles nerveux. De plus, cette irritation gastro-intestinale était donc entretenue par le régime alimentaire, puisque le changement de nourrice a été suivi de la disparition des accidents.

On connaît le fait, cité par Boerhaave, de convulsions survenant chez un enfant allaité par une nourrice dont le lait avait été altéré par une vive émotion (2), et ceux de Constans analysés par M. Bouchut (3). Charpentier, Vernay, Henri Huchard (4) ont signalé des cas de convulsions survenant chez des enfants allaités par des nourrices qui abusaient des boissons fortes.

Dernièrement nous avons observé un fait du même ordre. L'enfant d'une artiste dramatique avait une nourrice qui se livrait chaque matin à d'abondantes libations alcooliques. Il était sujet aux convulsions. Le sevrage de l'enfant et le renvoi de la nourrice furent suivis de la disparition des accidents nerveux. Cet enfant présentait des troubles de la nutrition et des déformations encore persistantes du squelette de la jambe. D'ailleurs, quelle que soit la qualité du lait, il n'en est pas moins certain qu'à cet âge, comme le font remarquer MM. Ferrand et Vidal (5), les perturbations nutritives sont plus rapides, plus faciles et plus durables. De là, sans aucun doute, chez certains enfants, une susceptibilité individuelle plus grande du système nerveux, une plus grande excitabilité réflexe aux irritations viscérales.

(La suite dans un prochain numéro.)

(1) West. Trad. Archambault : *Leçons sur les maladies des enfants*, 1875, p. 248.

(2) Boerhaave. *Prælect. de morb. nervorum*, p. 448.

(3) Bouchut. *Traité des maladies des nouveau-nés*, 1867, p. 149. — Voir aussi Bouchut : *De la contagion nerveuse* (*Bulletins de l'Acad. de méd. de Paris*, 1861, t. XXVI, p. 818).

(4) Henri Huchard. *Traité des névroses*, 1882, p. 416. — Vernay, *Lyon médical*, 1872. — Charpentier, *Bulletin de Société prot. de l'enfance*, 1873.

(5) Ferrand et Vidal. *Diction. des sc. méd.*, p. 266, t. XIII.

EMPYÈME (?) ÉVACUÉ PAR LE COLON,

Par le docteur Léon MARIE.

Agé de 70 ans, d'une forte corpulence, d'une saine et vigoureuse constitution, mon frère avait été très affecté de la mort déplorable d'un ami de toute sa vie. Depuis cette douloureuse séparation, il avait rhumes sur rhumes. Mais ces accidents, quelque pénibles qu'ils fussent, n'entravaient pas ses promenades quotidiennes dans la banlieue de Caen.

Le 27 juillet 1882, à la suite d'une quinte de toux, il sentit subitement sous les côtes, à droite, une grosseur dure comme un œuf, longue de 0,12 à 0,15 sur 0,4 à 0,5 de large, s'accompagnant d'une douleur si vive qu'il faillit s'évanouir. Le même fait s'était produit en 1835, au début d'une fluxion de poitrine. Un cataplasme laudanisé remit les choses en place.

Appelé le lendemain, le docteur Godefroy constate une bronchite d'intensité moyenne et prescrit des sinapismes locaux. Le 1er août, nous reconnaissons ensemble qu'à la bronchite vient de se joindre une pleuro-pneumonie diaphragmatique droite.

Décubitus dorsal; accablement physique et moral considérable; céphalalgie tenace; insomnie permanente, semée d'hallucinations pénibles; intelligence nette; inappétence sans nausées ni vomisements, soif assez vive; langue étalée, molle, légèrement saburrale; pouls large, dépressible, à peine accéléré.

Nous prescrivons un vésicatoire et une potion kermétisée. Marmelade de pommes à la manne.

Amélioration sensible, qui s'accentue chaque jour. J'allais revenir à Paris, lorsqu'inopinément tout s'aggrave. Aux crachats verts se substitue une rouille de difficile expulsion et plus sanglante encore que celle du 1er août. En arrière, la matité remonte jusqu'au milieu du poumon droit; le bas du poumon gauche n'est plus perméable; une double pleuro-pneumonie se dessine trop nettement. Second vésicatoire en dedans du premier : aucun effet appréciable.

Dans la nuit du 12 au 13, frisson subit; altération du regard; voix assourdie; dyspnée considérable; il n'y a plus ombre de respiration diaphragmatique; petitesse, irrégularité, intermittences suivies d'affolements du pouls; bouffissure des mains et de la face; langue dure, conoïde.

Masse inerte, affaissé, désespéré, incapable du plus léger mouvement, cloué sur le côté gauche, mon pauvre frère ne peut quitter une seconde cette attitude gênée, et, sous menace de suffocation immédiate, il sera forcé d'y rester pendant quinze mortels jours.

Trois lavements de 0,15 de sulfate de quinine sont administrés; deux longs vésicatoires recouvrent le devant des jambes.

Les membres inférieurs et les parties adjacentes s'œdématient. Sans érythème, sans ampliation thoracique apparente, sans la moindre voussure intercostale, l'*hypochondre gauche* acquiert une sensibilité excessive et l'abdomen se gonfle au voisinage. Une constipation opiniâtre cède enfin, mais pour donner place à une diarrhée involontaire, d'abord très fétide et d'une violence extrême (28 serviettes furent salies en une seule nuit). Par surcroît, une incontinence d'urine s'établit.

Un matin, une hémorrhagie intestinale donne quelque inquiétude. Le lendemain, l'urine se teinte aussi de sang. Enfin, deux jours après, on me parle de *peaux* rendues dans la nuit.

A partir de ce moment, et pendant plus d'un mois, du pus se mêle à la diarrhée, presque blanc, semi-fluide et absolument inodore lorsqu'il est expulsé seul. Cependant, particularité remarquable, loin d'affaiblir le malade, plus cette diarrhée abonde et se prolonge, plus les forces reviennent. Le *court vent*, suivant l'expression bas-normande, s'allonge. La respiration diaphragmatique s'essaye et se consolide. Plus de céphalalgie, de fièvre, d'enflure des parties supérieures. L'œdème se concentre aux pieds. Quelques heures de sommeil sont les bienvenues. Stimulé par les huîtres et autres aliments salins, l'appétit reparaît et fort actif. A voir la figure sereine et reposée du malade, sa bonne humeur renaissante, on croirait qu'il garde le lit par caprice, et, n'était la presque impossibilité des mouvements généraux, personne assurément ne soupçonnerait l'immense danger dont il vient de sortir.

Quinze jours après mon retour à Paris, mon frère m'écrivait que, sauf un reste de miction inconsciente au fort du sommeil, tout était rentré dans l'ordre. D'abord lents et pénibles, les mouvements se rétablissaient. Le 20 octobre, le convalescent, on pourrait presque dire le ressuscité, faisait le tour de son jardin et, le 10 novembre, tout un kilomètre sur la route de Bayeux.

M. Godefroy, qui vient de l'ausculter, trouve les poumons entièrement perméables; seulement, le souffle respiratoire est faible en bas et en arrière, ce qui se conçoit aisément.

Remarques. — Quelle est cette grosseur qui, pour la seconde fois au bout de

47 ans, est apparue sous les côtes, et justement au début d'une maladie analogue? Je n'en sais rien.

La découverte du pus dans les garde-robes fut pour nous une grande surprise. Écoles, internat, scalpel, lectures, un demi-siècle de pratique ne m'avaient encore rien montré de pareil. De son côté, mon excellent collègue se cantonnait dans une sceptique réserve. La chose devenant tout à fait indéniable, force fut de se rendre à l'évidence. Au rebours des abcès hépatiques vidés par les bronches, celui-ci devait avoir perforé le colon ascendant. L'anatomie ne permet guère d'autre explication de ce fait. Dès lors, tout s'éclaircit, et la débâcle libératrice fut religieusement respectée.

Si longue que soit cette observation, elle offre, je le confesse, une bien grosse lacune. On y cherche en vain la vue du champ de bataille après l'action. Quoi qu'il en soit, malgré ou plutôt à cause de cette omission forcée, je me fais un devoir de signaler cette cure exceptionnelle, bien que sans doute elle ne soit pas la première, de la nature médicatrice.

Note de la Rédaction. — Nous demandons à notre confrère la permission de faire des réserves sur le diagnostic de ce fait intéressant. L'empyème est ici affirmé, mais les signes n'en sont nullement décrits. Il est arrivé parfois qu'on a pris des tumeurs hépatiques pour des pleurésies, à cause de la matité postérieure. Ici, la marche des symptômes, prédominant d'abord à droite, puis se localisant à l'hypochondre gauche, « sans ampliation thoracique ni voussure intercostale », l'évacuation de quelques *peaux* avec les selles, la difficulté de comprendre une double pleurésie, l'épanchement du côté gauche devenant purulent, se vidant par l'intestin et la guérison survenant aussitôt, tandis qu'on ne nous dit plus un mot de celui du côté droit, tout cela permet d'élever des doutes sérieux sur la nature du mal et d'admettre de préférence un kyste hydatique suppuré du foie, ayant plus ou moins retenti sur le poumon et s'étant vidé par l'intestin. Le malade ne paraît pas avoir été ausculté depuis le commencement de l'évacuation purulente et l'amélioration qui s'est produite alors. Ceux qui ne l'ont pas vu auraient trouvé là des renseignements utiles.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU LARYNX, DU PHARYNX ET DE LA TRACHÉE, par MORELL-MACKENZIE, médecin en chef de l'hôpital des maladies de la gorge et de la poitrine à Londres, professeur de laryngologie au « London Hospital », etc., etc. Traduit de l'anglais et annoté par les docteurs E.-J. MOURE et Francis BERTIER.

L'UNION MÉDICALE a déjà donné, dans son numéro 110 de l'année qui vient de finir, une analyse générale de cet excellent livre. Mais, quand il s'agit d'une publication de cette valeur, une analyse générale ne suffit pas. Il y a certaines parties qu'il importe de reprendre en sous-œuvre et de placer particulièrement sous les yeux des praticiens. Tel est, entre autres, l'intéressant chapitre — véritable monographie — consacré à la DIPHTHÉRIE. Ce sujet est, malheureusement toujours à l'ordre du jour.

Le chapitre DIPHTHÉRIE, dans le Traité du docteur Morell-Mackenzie, est le produit d'une profonde étude et d'une pratique considérable. Voici la définition adoptée par l'auteur, que je me plais à reproduire, parce qu'elle présente une sorte de résumé très compréhensif : « La diphthérie est une maladie spécifique contagieuse, qui se montre épidémiquement ou isolément; elle est caractérisée par une inflammation de la membrane muqueuse du pharynx, du larynx ou des voies respiratoires, et par la formation à la surface de ces parties — spécialement sur la membrane muqueuse de la gorge et de la trachée-artère — d'une ou plusieurs couches de dépôts ou fausses membranes contenant en général des traces de mycosis bactéroïdien. Pendant les épidémies les autres muqueuses exposées à l'air, et les surfaces du tégument ulcérées se couvrent parfois, moins fréquemment cependant, d'une couche pseudo-membraneuse, soit après, soit indépendamment de la formation des membranes dans leur point d'élection. Cette affection revêt un caractère adynamique et se trouve souvent associée

à une altération rénale (albuminurie); elle est fréquemment accompagnée de lésions nerveuses qui n'occasionnent guère une paralysie permanente. Les symptômes qui ont trait à la respiration, à la phonation et à la déglutition varient suivant les parties atteintes. Le plus grand nombre des cas mortels se terminent par une apnée progressive, mais quelques malades succombent à l'asthénie, à l'empoisonnement du sang ou à une trombose cardiaqne. » C'est l'histoire en raccourci, en traits vifs et précis, de la maladie.

Selon toute apparence, la diphthérie a sévi de tout temps sur l'espèce humaine. L'auteur en a trouvé des traces dans le Talmud, une description en sanscrit dans un auteur indien qui vivait à peu près du temps de Pythagore. Tout cet HISTORIQUE est bien fait et très intéressant à lire.

Naturellement, l'auteur entre dans son sujet par l'ETIOLOGIE. Cette étude étiologique est empreinte de la vraie philosophie scientifique, C'était un sujet délicat. Toutes les données sont analysées, pesées, appréciées avec une sage critique. Le lecteur suit sans fatigue la succession suivante des paragraphes : Histoire naturelle de la contagion (diphthéritique). — Conditions atmosphériques et climatologiques favorables à la naissance et au développement de la contagion. — Mode de diffusion. — Manière dont le virus s'introduit dans l'organisme. — Période d'incubation. — Prédisposition. — Position sociale. — Influence protectrice d'une attaque de diphthérie.

Cette simple énumération donne une idée des renseignements précieux qne ce chapitre renferme. L'auteur reconnaît que l'histoire de la contagion, les lois qui régissent le développement du virus et favorisent sa diffusion, le mode de pénétration du virus dans l'organisme et sa période d'incubation, ne sont pas encore rigoureusement déterminés; que l'essence de la maladie n'a point été découverte. Tous ces problèmes, l'auteur les a étudiés avec l'autorité de son savoir et de son expérience. Du reste, il pense que « les organismes végétaux inférieurs jouent probablement un rôle important dans la propagation de la maladie ».

Comme on devait s'y attendre de la part d'un praticien consommé, la pathologie est traitée d'une manière complète. Il s'exprime, en abordant ce sujet, dans les termes suivants, qui ouvrent et éclairent le chapitre : « Les symptômes de la diphthérie varient depuis le simple mal de gorge jusqu'aux signes les plus sérieux d'une infection générale grave. Entre ces deux extrêmes, on observe tous les degrés. La fausse membrane est le symptôme caractéristique, mais dans les cas bénins, la maladie peut évoluer sans provoquer la moindre exsudation membraneuse; d'autres fois le sujet meurt avant qu'elle se soit développée. Bien plus, l'affection s'accompagne parfois d'une vive inflammation dont on retrouve à peine les traces dans d'autres cas. Aussi est-il nécessaire de décrire plusieurs formes de diphthérie : 1° la forme type; 2° la forme légère ou catarrhale; 3° la forme inflammatoire; 4° la forme maligne; 5° la forme gangréneuse; 6° la forme chronique. »

D'après les lieux où la maladie se localise, l'auteur admet une diphthérie nasale et une diphthérie laryngée ou croup.

Après avoir décrit les différentes formes admises par lui, l'auteur a soumis plusieurs points importants à une discussion approfondie : les faits relatifs à l'albuminurie, à l'exsudation pseudo-membraneuse, aux symptômes fébriles et à la température, aux éruptions cutanées. Il étudie ensuite à fond la grave et intéressante question de la paralysie, n'omettant rien, et complétant le sujet par son expérience éclairée. Le DIAGNOSTIC est comme un résumé substantiel de tout ce qui précède.

Notre savant confrère se montre surtout observateur exact et consciencieux dans le chapitre de l'anatomie pathologique. La discussion au sujet du parasitisme mérite d'être lue; on y verra avec intérêt la doctrine de Beale et l'opinion de l'auteur. Puis, vient la description des états morbides des glandes parotidiennes et sous-maxillaires, du poumon, du cœur. Pour ce dernier viscère, une nouvelle et savante discussion surgit, dans laquelle nous voyons avec plaisir M. Mackenzie favorable aux recherches de notre compatriote et ami, le docteur Labadie-Lagrave, bien qu'il reste dans une prudente réserve. L'estomac, les reins, la substance cérébrale, les muscles sont passés en revue. « L'étude la plus superficielle de la pathologie générale de la diphthérie, dit l'auteur en terminant ce chapitre si bien étudié, suffit pour nous montrer qu'elle est une maladie générale aiguë, à manifestations locales. La septicémie primitive est due au poison spécifique, mais l'absorption qui se produit par la fausse membrane décomposée est sans doute une cause d'infection secondaire. Dans tous les cas, l'affection se trouve liée à certains troubles constitutionnels, tandis que dans les cas plus graves, on constate une désorganisation considérable du sang, et l'implication consécutive de presque tous les tissus de l'économie. L'infection générale se montre à une période très rapprochée du début, et lorsque les manifestations locales ont disparu. Outre les désordres constitutionnels qui marquent le début de la maladie, on observe encore une altération fréquente des fonctions rénales, une prostration marquée des forces vitales, un désordre fonctionnel du cœur et plus

tard tout le système nervo-musculaire est atteint. Les symptômes locaux, la fausse membrane avec ses germes parasitiques doivent être regardés comme la cause première de l'empoisonnement constitutionnel, et en fait comme le premier des phénomènes secondaires. »

Il va sans dire que le chapitre du traitement, émanant d'une si grande expérience, constitue dans la publication qui nous occupe un chapitre capital. Et c'est précisément ce qui en rend l'analyse impossible; il faudrait tout reproduire. Nous y renvoyons les praticiens. Ils verront les idées et les conseils de l'auteur successivement sur les reconstituants, sur les spécifiques, sur les antiseptiques généraux, sur les expectorants, sur les diverses applications locales, etc. Nous ne saurions trop approuver son opinion au sujet des toniques.

Le livre de notre savant confrère Morell-Mackenzie est une source féconde. Nous y reviendrons pour signaler quelques autres points intéressants pour les praticiens.

G. Richelot père.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Legrand du Saulle et Ollivier, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

2° Une lettre de M. le docteur Dumas, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

3° Un pli cacheté de M. Morage, licencié ès sciences physiques, sur un nouveau sphygmographe. (Accepté.)

4° Un mémoire manuscrit intitulé : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde* (quelques considérations étiologiques), par M. le docteur Grellet, de Menat (Puy-de-Dôme). — (Commission des épidémies.)

—

M. Vulpian présente, au nom de M. J. Dembo (de Saint-Pétersbourg), une *Note sur la contractilité utérine par l'influence des courants électriques.*

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) présente, au nom de M. le docteur Chassagne, médecin-major de 1re classe, un travail manuscrit intitulé : *Contribution à l'étude de l'épidémie de fièvre typhoïde,* observée en Tunisie à l'ambulance d'évacuation de Bizerte et à l'hôpital Khérédinne de la Goulette (1881-1882).

—

M. le docteur Frantz Glénard (de Lyon) lit une note dans laquelle il tient à protester contre la condamnation formulée par un membre de l'Académie de médecine contre l'emploi des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Il lit, à cet effet, une protestation qui a été signée par 22 des 24 médecins qui composent le corps médical des hôpitaux de Lyon.

« Les médecins des hôpitaux civils de Lyon, soussignés, pour répondre à l'appel que M. le président de l'Académie de médecine de Paris a fait, dans la séance du 24 octobre 1882, aux communications qui pourraient intéresser la discussion pendante sur les résultats des moyens thérapeutiques employés contre la fièvre typhoïde, croient de leur devoir de soumettre à l'Académie de médecine les conclusions auxquelles ils sont arrivés, et qui reposent sur une pratique hospitalière ou privée de 9 années, de 1874 à 1882 :

1° La méthode de traitement qui aura la plus favorable influence sur la marche et l'issue de la fièvre typhoïde, est celle qui, prenant en considération l'élévation morbide de la température et la tendance adynamique de la maladie, a pour principe : *réfrigération*, alimentation continuelle du malade, du début à la fin de la maladie.

2° Le procédé thérapeutique qui répond le plus efficacement à l'indication de refroidir d'une manière continue le malade, est celui qui consiste à administrer de *grands bains froids répétés,* avec affusions froides dans le bain et, dans l'intervalle, des compresses froides. Bien que la durée et la température des bains doivent être réglées d'après le degré de réfrigération observée après chaque bain (la température rectale doit être abaissée de 1° au moins après le bain), et leur intervalle d'après la durée de la rémission obtenue par le bain, la pratique démontre que, dans l'immense majorité des cas, le bain de 15 minutes, à 20 degrés, toutes les trois heures jour et nuit, tant que la température rectale du malade se maintient élevée au-dessus de 38°5, suffit à remplir l'indication.

3° L'application de ces principes thérapeutiques donne des résultats d'autant plus favorables que la maladie est traitée plus méthodiquement et surtout à une date plus rapprochée de son début; la fièvre typhoïde revêt une allure rassurante pendant tout son cours, et la durée de la convalescence est considérablement abrégée, le retour à la santé est intégral. Les complications sont rares dans ces conditions, bien loin qu'il y en ait de spéciales à ce mode de traitement; il n'y a pas de suites fâcheuses, soit prochaines, soit éloignées, qui puissent lui être directement imputées.

4° Lorsqu'on ne peut appliquer ce traitement qu'à une époque éloignée du début de la maladie, lorsqu'il s'agit non plus de prévenir les complications, mais de les combattre, les résultats, bien que désormais aléatoires, sont encore supérieurs à ceux qu'obtient toute autre méthode thérapeutique.

En conséquence, les médecins soussignés se déclarent partisans de la méthode de Brand contre la fièvre typhoïde, avec la conviction éprouvée que cette méthode, régulièrement appliquée dès le début de la maladie, abaisse considérablement le taux de la mortalité.

Ils attestent qu'ils l'appliquent dans leurs familles, dans leurs services hospitaliers et dans la pratique privée. »

Suivent les signatures des 22 médecins signataires de cette protestation.

M. Glénard ajoute que la méthode des bains froids repose sur les éléments suivants : Vingt années d'observation en Allemagne et dix années d'observation à Lyon.

Environ trente mille cas de fièvre typhoïde traités par les bains froids en Allemagne, à Lyon, en Algérie, dans l'armée, en temps de paix et de guerre, comme dans la population civile, dans des centaines d'épidémies, par un millier de médecins.

Réduction actuelle, depuis les bains froids, du taux de la mortalité de la fièvre typhoïde à 9 p. 100 dans l'armée allemande et dans les hôpitaux civils de Lyon au lieu de 26 p. 100, à 1 ou 2 p. 100 dans quelques hôpitaux militaires et dans la pratique civile.

Adoption définitive de la méthode des bains froids par le corps médical de l'armée allemande, ainsi qu'il résulte de ses rapports officiels au ministère de la guerre, et par le corps médical des hôpitaux de Lyon.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Léon Colin, Legouest, Moutard-Martin, Peter, Rochard et Villemin.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Jules Guérin lit une *Note sur les formes ébauchées et la période prodromique de la fièvre typhoïde.* L'orateur rappelle que déjà, il y a plusieurs mois, à propos de la communication de M. Vulpian sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique, il a appelé l'attention de l'Académie sur deux points de pathologie généralement trop mal connus des médecins.

En ce qui touche les formes ébauchées de la fièvre typhoïde, la preuve de leur existence est fournie par l'observation des diverses épidémies. Dans la dernière, par exemple, la maladie s'est présentée avec une physionomie amoindrie ; elle a offert une marche irrégulière, une durée moindre, et, enfin, une curabilité plus grande. Les formes ébauchées y étaient communes. Il y avait du reste dans cette épidémie, comme dans les autres, des différences de degré, et ce qui prouve bien l'identité de nature entre les cas qui affectent la forme la plus grave et ceux qui, simples ébauches, guérissaient presque d'emblée au lieu d'achever leur évolution comme les premiers, c'est qu'on les observait simultanément dans les mêmes familles. M. Jules Guérin en cite plusieurs exemples. Il en est donc de la fièvre typhoïde comme du choléra, de la fièvre jaune, de la fièvre puerpérale, des fièvres éruptives; pour la bien connaître sous tous ses aspects, pour s'en faire une idée exacte, il faut disposer tous les faits suivant la méthode que M. Jules Guérin désigne sous le nom de *méthode de la série étiologique.*

On ne se laisse plus tromper alors par les différentes apparences et on reconnaît nettement l'unité de la cause qui les relie entre elles.

Du reste, les expériences d'atténuation des virus prouvent combien une même cause morbide peut varier en intensité d'action, suivant diverses influences dont la plupart sont encore mal connues.

M. Jules Guérin résume ainsi la première partie de son mémoire :

1° L'action du virus typhique est susceptible de s'exercer sur l'organisme humain à des degrés différents, et les modifications qui en résultent peuvent s'exprimer par des changements dans les formes, la marche, la durée et l'intensité de la maladie.

2° L'épidémie typhique que nous venons de traverser a témoigné par ses formes variées et incomplètes, par sa marche indécise, par la discordance de ses lésions et finalement par sa bénignité exceptionnelle, de la possibilité des mêmes modifications et atténuations dans l'évolution de la fièvre typhoïde endémique de nos contrées.

M. Jules Guérin traite ensuite de la période prodromique qui précède, suivant lui, l'apparition des symptômes pathognomoniques, diarrhée fétide, gargouillement dans la fosse iliaque droite, taches lenticulaires, épistaxis, vertiges et enfin fièvre.

Ces symptômes, considérés généralement comme indiquant le début de la fièvre typhoïde, se rapportent à la maladie confirmée.

La période prodromique est complètement distincte de la période d'incubation, car, à la différence de celle où elle se traduit par des signes extérieurs, ces signes extérieurs sont les mêmes qui constituent toute la maladie dans certaines formes ébauchées. Là aussi, ce qui domine tout, ce qui éclaire le diagnostic, c'est l'étiologie.

M. J. Guérin rappelle ses propres recherches sur l'*intoxication stercorale* et la théorie à laquelle il est arrivé, théorie distincte de celle que l'on a appelée la doctrine *anglaise*.

L'épidémie actuelle a démontré qu'indépendamment de ses nombreuses particularités, presque aussi diverses que les sujets atteints, la maladie peut affecter trois formes principales : *nerveuse*, *pulmonaire*, *intestinale*. A chacune de ces formes correspond une variété de la période prodromique.

Ces formes peuvent se combiner l'une avec l'autre. Durant cette période prodromique, M. Jules Guérin emploie les purgatifs contre la forme intestinale, les vomitifs contre la forme thoracique. Après cela, il fait alterner les évacuants avec les désinfectants, le charbon surtout. Très souvent ainsi il parvient, quand la maladie en est encore à ses débuts, à l'empêcher de prendre un développement complet. Du reste, cette même méthode a été dernièrement appliquée en Allemagne et M. Griésinger affirme avoir guéri, en quatre ou cinq jours, des cas dont l'identité de nature avec la fièvre typhoïde serait démontrée, suivant lui.

M. Jules Guérin termine en exprimant l'espoir que ses idées sur l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique de la fièvre typhoïde, aujourd'hui adoptées dans les pays d'outre-Rhin, pourront, en revenant en France sous l'estampille germanique, trouver désormais plus de crédit auprès de ses compatriotes.

— La séance est levée à cinq heures.

JOURNAL DES JOURNAUX

Le tænia à l'hôpital de Cherbourg, par M. le docteur Bérenger-Féraud. — D'après les recherches de l'auteur, la fréquence du tænia va en augmentant depuis 1860, époque du début de ces recherches, jusqu'à nos jours. Sur 159 cas, 44 venaient de Cochinchine, 102 du Sénégal, 8 d'autres pays tropicaux et 5 de France. En rapprochant ces chiffres de la statistique de l'hôpital Saint-Mandrier de Toulon, on constate que, sur 100 individus atteints de tænia, 90 venaient des colonies et 10 seulement de la métropole. Les résultats de la médication tænifuge ont été les suivants :

L'essence de térébenthine paraît devoir être abandonnée, comme inefficace. L'action de la fougère mâle n'a pas donné des résultats complets, mais ce médicament a été peu employé.

Les graines de courge réussissaient dans 5 pour 100 des cas. Le kousso a donné 22 succès complets, 126 expulsions de ver sans la tête et 39 insuccès complets, sur 203 cas. En comparant ces résultats à ceux obtenus à Toulon, on constate que cette médication a provoqué l'expulsion totale du tænia dans 12 pour 100 des cas. L'écorce de grenadier, employée dans de bonnes conditions, a procuré la guérison à 40 ou 50 pour 100 des malades. Le tannate de pelletiérine a fourni des succès dans la proportion de 76 pour 100. « Ce dernier agent médi« camenteux, employé avec les précautions convenables, paraît donc être le plus puissant « tænifuge que nous possédions. » (*Bulletin gén. de thérap.*, 15 août 1882.)

Névralgie crurale des dentistes, par le docteur Sutton. — Le malade couché sur le côté droit présentait tous les symptômes d'une névralgie crurale du côté gauche, mais ayant une forme anormale. Habituellement, les douleurs sont localisées aux branches inférieures du crural. Ici, elles siégeaient à la cuisse, sur les branches postérieures. La guérison suivit l'administration de la belladone et de l'aconit pendant quelques jours.

Le docteur Sutton fut témoin de deux cas semblables, survenus également chez des dentistes. Il regarde cette forme de névralgie crurale comme professionnelle et comme le résultat de l'attitude demi-fléchie du tronc que prennent les dentistes dans leurs opérations. Ces flexions répétées causeraient l'irritation et la congestion des racines des troncs nerveux, au point où elles franchissent les troncs vertébraux. (*The Lancet*, 29 juillet 1882.) — Ch. E.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons à regret la mort de M. le docteur Paul Durand, décédé à Paris à l'âge de soixante-treize ans. Homme érudit, il avait, de bonne heure, renoncé à la pratique médicale pour s'adonner exclusivement aux études archéologiques où il s'était fait une légitime réputation. Il avait pris une large part à la restauration de la crypte de la cathédrale de Chartres et à la réédification de plusieurs édifices religieux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Tarrillon, de Faulquemont (Alsace-Lorraine), qui vient de succomber par un coup fatal et imprévu, alors qu'une longue carrière semblait encore lui être promise. Le docteur Culmann (de Forbach) s'est fait l'interprète des regrets de la population et de ses confrères.

TRAITEMENT DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — CONSEIL MUNICIPAL. — La commission du budget avait repoussé la proposition d'élever le traitement d'aucun médecin ou chirurgien des hôpitaux; mais le Conseil, sur les instances de M. Bourneville, a décidé : 1° l'élévation de 600 à 1,000 francs du traitement de treize chirurgiens et de vingt-deux médecins du bureau central; 2° la création d'un nouveau poste de médecin et d'un nouveau poste de chirurgien au bureau central, au traitement de 1,000 francs; 3° la création de deux accoucheurs au traitement, de 1,500 francs.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 24 décembre 1882, les propositions pour l'avancement au choix des membres du corps de santé militaire sont classées par une commission instituée, chaque année, au ministère de la guerre et composée : du médecin inspecteur général, président, et des médecins et pharmacien inspecteurs, membres du Comité consultatif de santé, ou qui ont été chargés des inspections médicales. — Un médecin principal est attaché à la commission en qualité de secrétaire.

Les propositions pour l'avancement au choix sont classées, pour chaque grade, jusqu'à celui de médecin ou pharmacien principal de première classe inclus, suivant l'ensemble des titres de chacun des membres du corps de santé qu'elles concernent, et d'après l'examen comparatif de tous les renseignements mis à la disposition de la commission de classement. La commission applique ensuite, à chaque grade, la limitation numérique arrêtée par le ministre et forme le tableau d'avancement définitif.

Les propositions pour l'admission ou l'avancement dans l'ordre de la Légion d'honneur sont classées, dans chaque grade de l'ordre, par la même commission et d'après les mêmes principes que les propositions pour l'avancement dans la hiérarchie.

— Bureau de la Société de médecine légale pour l'année 1883 :

Président, M. Brouardel; — vice-présidents, MM. Blanche et Baudet; — secrétaire général, M. Gallard; — secrétaires des séances, MM. Leblond et Lutaud; — archiviste, M. Ladreit de Lacharrière; — trésorier, M. Mayet.

Membres de la commission permanente : MM. Chaudé, Gallard (membres de droit), Descoust, de Villiers, Pinard, d'Herbelot, Motet, Polaillon, Legrand du Saulle, Grassi.

Membres du conseil de famille : MM. Chaudé, Choppin d'Arnouville, de Villiers, Le Fort, Lunier.

Membres du comité de publication : MM. Gallard, secrétaire général, Rocher, Demange; Descoust, Leblond, Lutaud.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du samedi 13 janvier 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Installation du bureau pour 1883. — 2° Communication sur quelques faits de guérison du mal de Pott, par M. Polaillon. — 3° Vote sur la candidature de M. le docteur Dumas (de Cette) au titre de membre correspondant. — 4° Communications diverses.

Nota. — Le banquet annuel a lieu le samedi 20 janvier. Prière de s'inscrire chez M. Leudet, commissaire, 43, rue Taitbout.

HÔTEL-DIEU. — M. le docteur Th. Gallard reprendra, le samedi 13 janvier, ses leçons cliniques *sur les maladies des femmes,* qui ont été momentanément interrompues à la fin de l'année.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Membres du Comité : **BROUARDEL**, professeur à la Faculté, méd. de l'hôp. de la Pitié. — **SIREDEY**, méd. de l'hôpital Lariboisière. — **LUYS**, médecin de la Salpêtrière. — **GRANCHER**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôpital Necker. — **H. HALLOPEAU**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôp. St-Antoine. — **H. HUCHARD**, méd. de l'hôp. Tenon. — **G. HUMBERT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — **H. PETIT**, sous-biblioth. à la Faculté. — **Ch. ELOY**, ancien interne des hôpitaux.

ÉTUDES DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. L.-G. RICHELOT, agrégé, suppléant M. le professeur RICHET.

SEPTEMBRE 1882.

ABCÈS TUBERCULEUX SOUS-OMBILICAL.

Messieurs,

J'ai eu récemment plus d'une occasion de vous parler des *tuberculoses locales*, et de la signification nouvelle qu'on attribue de nos jours aux abcès froids, qu'ils soient isolés dans le tissu cellulaire ou consécutifs à des lésions du squelette. Je vous ai montré notamment, à propos d'une femme de 25 ans couchée au n° 13 de la salle Notre-Dame, la nature et l'évolution des ostéites chroniques, de tout temps appelées scrofuleuses, et qui s'accompagnent de foyers ossifluents développés à leur contact. Chez cette malade, qui portait une fistule de la cuisse droite et une ancienne affection du grand trochanter, vous m'avez vu débrider le trajet fistuleux, râcler, extirper sa paroi, et finalement pratiquer l'évidement osseux de manière à supprimer tous les tissus malades. Je vous ai dit que ces foyers sont toujours tuberculeux, et que le traitement qui leur convient plus que tout autre est l'extirpation des produits néoplastiques dont les os et les espaces inter-musculaires sont envahis de proche en proche.

Je vous ai dit aussi que les abcès froids idiopathiques ont eux-mêmes pour origine constante le tubercule, mieux connu depuis les recherches de Köster, Charcot, Brissaud, Grancher, Malassez et quelques autres. Les amas tuberculeux forment en se ramollissant des collections puriformes dans lesquelles ni la paroi ni le contenu n'ont de ressemblance avec les parties constituantes des abcès chauds, consécutifs

---

FEUILLETON

CAUSERIES.

SOMMAIRE. — Les frontières de la folie. — Déontologie médicale : le secret professionnel. La discrétion du médecin envers le malade. La confiance du malade dans son médecin.

Ce n'est pas sans une terreur secrète que je suis arrivé à la fin de la remarquable leçon de M. le professeur Ball, que vient de publier la *Revue scientifique* dans son numéro du 6 janvier. Où s'arrête la raison ? Où commence la folie ? Il ne faut plus dire : « On est fou ou on ne l'est pas », car il paraît qu'on peut être fou sans l'être, ou plutôt sans s'en douter ; on n'est pas encore fou, mais on n'a plus tout à fait sa raison ; en d'autres termes, il existe entre la raison et la folie, non pas une simple ligne de démarcation, nette, précise, mais une zone assez large pour pouvoir donner asile à plusieurs millions d'habitants.

Qui donc de nous, moi qui écris et vous qui me lisez, peut affirmer qu'il a toute sa raison? Qui de nous, allant dans la Lune (pays des *lunatiques*), comme l'Astolphe du *Roland furieux*, pour y chercher la raison de Roland, ne courrait pas risque de voir la sienne enfermée dans une bouteille à côté de celle qu'il veut rendre à son propriétaire? Que d'hommes éminents dans cette zone frontière ! Ici, c'est un écrivain célèbre qui ne peut passer dans une rue sans toucher les poteaux à mesure qu'il les rencontre : quand il en a oublié un, il revient en arrière pour le toucher. Là, c'est un homme pieux qui est obligé de faire un grand effort de volonté pour ne pas vomir des blasphèmes ; un père de famille qui est pour-

à l'inflammation franche. Pour bien vous pénétrer de ces détails, je vous ai conseillé de lire l'importante monographie de M. Lannelongue : *Abcès froids et tuberculose osseuse* (Paris, 1881).

La question offre assez d'intérêt pour que je me hasarde à vous raconter une histoire qui s'y rapporte, bien que déjà ancienne, car il s'agit d'un malade que j'ai traité ici même en septembre 1879. Mais le cas est assez curieux pour fixer votre attention, et vous allez voir qu'il emprunte justement toute sa valeur aux travaux récents dont la tuberculose a été l'objet ; c'est aujourd'hui seulement qu'il devient intelligible.

Et d'abord, quelques renseignements préliminaires.

En 1877, M. Heurtaux, professeur à l'École de médecine de Nantes, présentait à la Société de chirurgie un intéressant mémoire sur une variété non décrite de phlegmon profond de la paroi abdominale antérieure, qu'il proposait d'appeler *phlegmon sous-ombilical*.

Cette affection diffère absolument des phlegmons sous-péritonéaux décrits en 1850 par M. Bernutz, après Dance et Bricheteau, et dont l'histoire se trouve dans plusieurs thèses parues depuis cette époque, en dernier lieu dans la thèse d'agrégation de M. Bouilly sur les *Tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale* (Paris, 1880). L'étiologie, d'après les six observations de notre confrère, est entourée d'obscurité.

La tumeur a une forme bien définie. Elle est médiane et symétrique, ovale ou demi-elliptique ; sa base affleure la cicatrice ombilicale, ses bords latéraux sont très nets ; son sommet, arrondi et moins distinct, s'avance dans l'hypogastre sans arriver jusqu'au pubis. La suppuration se fait jour à l'ombilic ou dans un autre point ; la quantité de pus est très modérée, les accidents n'ont pas grande violence.

Après l'ouverture du foyer, à l'ombilic par exemple, on peut explorer la cavité dans tous les sens à l'aide d'un stylet courbé, en reconnaître exactement les limites et la forme. On trouve une loge aplatie d'avant en arrière, demi-elliptique, dont la base est une ligne droite horizontale qui se prolonge de 3 ou 4 centimètres à droite et à gauche de l'ombilic ; le sommet de la courbe descend à 6, 7, 8 centimètres au-dessous du même point ; les bords sont à peu près à égale distance de la ligne médiane, mais la symétrie n'est pas toujours absolue.

M. Heurtaux a fort bien discuté le diagnostic de cette affection. Puis, voulant établir son « siège probable », il a décrit une disposition des feuillets aponévrotiques

---

suivi par un violent désir d'assassiner sa femme et ses enfants ; un homme d'Etat célèbre qui a rempli dans son pays les fonctions publiques les plus élevées et qui, lorsqu'il dîne en ville, est invariablement accompagné d'un domestique chargé de rapporter à domicile les couverts d'argent que son maître ne manque jamais de voler ; un artiste de grand talent, possédé de la manie de la destruction, et qui ne résiste à des impulsions homicides que par un grand acte de volonté ; un homme, sain d'ailleurs de corps et d'esprit, et qui est obligé de renoncer à la lecture, car, dès qu'il a tourné une page, il croit en avoir sauté une et recommence de nouveau sans pouvoir avancer, etc.

M. Ball range encore dans cette zone les *excentriques*, les *irritables*, les *séniles*, les *sexuels*, les *inventeurs*, les *hallucinés*, les *hypochondriaques* ; ce sont des demi-aliénés. « Tous les médecins, dit-il, ont vu se développer chez des personnes d'esprit sain des conceptions absolument délirantes au sujet de leur santé. Citons-en un exemple frappant. Une dame se présente chez un spécialiste fort connu et lui dit : « Monsieur, je viens vous consulter pour une maladie de la prostate. — Mais, Madame, s'écrie le praticien fort étonné, vous n'avez pas de prostate ! — Comment, Monsieur ! répond la dame avec indignation, je n'ai pas de prostate ! Mais je viens de lire un ouvrage de médecine sur les maladies de la prostate, et j'en éprouve tous les symptômes ! »

Cela n'est qu'amusant, mais ce qui est le plus terrible, c'est de penser, comme nous le fait remarquer M. Ball, que nous sommes entourés de gens qui occupent une position plus ou moins élevée dans la société, qui vaquent à leurs occupations, qui remplissent en apparence tous leurs devoirs, et dont l'intelligence présente cependant des points faibles, des conceptions vraiment délirantes, ou des impulsions insensées, sans qu'il soit possible de les enfermer, car on ne saurait les ranger catégoriquement au nombre des fous. » Ce mécanicien qui conduit le

sous-ombilicaux qui formerait, chez quelques sujets du moins, un espace de forme déterminée, contenant un tissu adipeux et connectif susceptible de phlegmasie et de suppuration. Cette *loge sous-ombilicale*, pour n'être pas une cavité naturelle à proprement parler, n'en a pas moins des limites assez précises, qui rendent bien compte de la forme et des dimensions à peu près constantes des phlegmons y observés.

Voici maintenant l'histoire de mon malade :

Jean-Baptiste Désolière, 35 ans, garçon de pharmacie, est entré à l'Hôtel-Dieu le 27 septembre, pour en sortir le 7 novembre 1879. — A son entrée, il porte une tuméfaction inflammatoire de la région sous-ombilicale, et nous raconte les faits suivants :

Il y a un mois environ, éprouvant quelques symptômes d'embarras gastrique, il prit un vomitif, et ressentit dans un effort de vomissement une douleur vive au niveau de l'ombilic. Les jours suivants se développa une tuméfaction douloureuse ; un médecin, croyant à une hernie, fit des manœuvres de taxis, et s'arrêta en voyant sourdre du pus par l'ombilic. Depuis lors, le malade a conservé une fistule suppurante et une induration phlegmoneuse de la région. Les fonctions de l'intestin et de la vessie n'ont subi aucune atteinte, et l'état général est resté bon.

J'insisterai peu sur le diagnostic différentiel, pour aller droit au fait. L'intégrité du péritoine et des organes abdominaux est manifeste. La position de la tumeur exactement sur la ligne médiane, sa limite inférieure à notable distance du pubis, la faible quantité de pus qui s'est écoulée au moment où la cicatrice ombilicale a cédé sous des pressions intempestives, enfin l'intensité médiocre de la douleur locale jointe à l'absence de fièvre et de symptômes généraux graves, écartent l'idée d'un de ces phlegmons sous-péritonéaux décrits par les auteurs et dont les caractères sont assez connus maintenant pour que j'évite d'y insister davantage. Voici ce qu'on trouvait chez mon malade :

La tuméfaction, peu saillante et modérément rouge, parfaitement médiane et symétrique, a sa base représentée par une ligne transversale qui affleure l'ombilic ; sa partie inférieure est une ligne courbe assez bien limitée. Introduit par la fistule ombilicale, un stylet droit pénètre à peine; mais s'il est convenablement courbé, on arrive aisément à explorer la cavité purulente et à en toucher les limites. Il est alors manifeste que l'ensemble du foyer est aplati, sous-péritonéal, et recouvert par toute l'épaisseur de la paroi de l'abdomen. Le stylet s'arrête en bas à 7 ou 8 centi-

---

train qui nous emmène est peut-être un halluciné; ce médecin, cet avocat que nous allons consulter, est peut-être atteint de la folie du doute; comme c'est rassurant !

D'autres sont ou étaient des *agités*, comme Jeanne d'Arc, comme tant d'hommes célèbres qui ont remué de fond en comble leur époque, fondé des religions nouvelles, créé ou renversé des empires, sauvé des nations, à moins de les perdre; comme peut-être cet homme illustre qui vient de disparaître si brusquement et qu'un autre *agité* avait appelé *fou furieux*. C'est le souvenir de toutes ces personnalités éminentes qui sert de transition à M. Ball pour en arriver à faire en quelque sorte l'apothéose de la folie, et à dire: « La civilisation serait souvent restée en arrière, s'il n'y avait pas eu des fous pour la pousser en avant. Sachons donc rendre hommage à la folie, et reconnaissons en elle l'un des principaux agents du progrès dans les sociétés civilisées et l'une des plus grandes forces qui gouvernent l'humanité. »

Que la folie soit une force, personne n'en doute; mais cette force n'est-elle pas trop souvent aveugle, et quand elle a poussé la civilisation en avant, ne l'a-t-elle pas souvent meurtrie, écrasée presque, contre les obstacles élevés pour arrêter sa marche insensée? Si la folie, à petites doses toutefois, est un bien, le bien serait certes plus grand si la raison marchait de pair avec elle. Mais ce n'est pas cela que M. Ball a voulu étudier dans sa leçon, et notre digresssion doit s'arrêter là.

*
* *

La dernière maladie de l'homme éminent auquel j'ai fait allusion tout à l'heure, M. Gambetta, a soulevé deux questions de déontologie médicale, dont les écrivains de la presse profane qui en ont parlé ne paraissent pas se douter. On a, en effet, fortement blâmé en général

mètres au-dessous de l'ombilic; obliquement à droite et à gauche, à 4 centimètres environ du même point. La symétrie est presque absolue; cependant, le foyer paraît s'étendre un peu vers le côté droit.

A la suite de cet examen, je fus certain que j'avais affaire à une variété d'abcès subaigu répondant bien à la description qu'à donnée M. Heurtaux du phlegmon sous-ombilical, et ayant pour siège cette *loge sous-ombilicale* qu'on peut rationnellement décrire en anatomie topographique, loge très vaguement limitée à l'état normal, mais qu'un travail d'infiltration plastique peut circonscrire et transformer en une véritable cavité pathologique.

Le diagnostic ainsi posé, l'étiologie était fort obscure : un effort de vomissement avait déterminé la premiére douleur, mais ne pouvait être la cause de l'abcès. Les symptômes d'embarras gastrique signalés au début étaient sans doute les premiers signes généraux liés à la phlegmasie locale; mais celle-ci demeurait inexpliquée. Rien, dans la santé générale, ne venait éclairer la situation. Voici maintenant comment les choses se passèrent :

Je fis une contre-ouverture sur le point qui me parut le plus déclive, c'est-à-dire en bas et à droite; il fallut traverser toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Je fis une injection phéniquée au vingtième, et plaçai deux tubes debout, l'un dans l'ouverture ombilicale, l'autre dans l'orifice nouvellement créé. Toutes les précautions listériennes furent prises, et je m'efforçai, dans la suite du traitement, de tarir promptement la suppuration, comme il est si facile de le faire, en général, quand on soumet un abcès chaud circonscrit aux manœuvres antiseptiques. Cependant les choses traînèrent en longueur, la persistance de la suppuration me contraignit à faire à diverses reprises des injections phéniquées. J'ai dit qu'il y avait eu peu de douleur et peu de signes généraux dès l'origine; c'était un foyer d'allure subaiguë, plutôt qu'un abcès chaud phlegmoneux. La suppuration était jaunâtre et fluide, et un jour la pression fit sortir par l'orifice ombilical une grosse masse caséeuse. Je n'en tirai, à ce moment, aucune déduction sur la pathogénie.

Le foyer se combla peu à peu, et le malade sortit bien portant et cicatrisé, un mois après l'intervention (du 4 octobre au 7 novembre). Mais en avril 1880, il me consulta de nouveau parce qu'il avait des douleurs, des tiraillements dans la paroi abdominale, qui le gênaient beaucoup pour soulever des fardeaux. Je ne trouvai rien dans la région sous-ombilicale, si ce n'est une légère induration cicatricielle indolente. Mais le malade me donna sur lui-même des renseignements que je

---

les médecins traitants et consultants de la banalité de leurs bulletins de santé, comme s'il eût été de leur strict devoir de communiquer au public leur opinion sur la maladie de leur client. Ces *blâmeurs* (le mot n'existe pas, mais il devrait exister. Ne dit-on pas *blague, blaguer, blagueur?*), ces blâmeurs, dis-je, ignorent apparemment que la profession médicale comporte avec elle deux qualités nécessaires : le *secret professionnel* et la *discrétion* envers le malade.

Mais où en serions-nous, je vous le demande, s'il fallait aller raconter au premier venu les tenants et les aboutissants de toute maladie? Je suis persuadé que ceux-là même qui assiégeaient la porte des médecins de M. Gambetta pour savoir le *fin mot*, au risque de se faire mettre dehors, ce qui est arrivé à plus d'un, seraient les premiers, le cas échéant, à prier leur médecin de leur garder « le plus profond secret ». Eh bien, c'est justement en cela que consiste l'un des premiers devoirs du médecin, sinon le premier : oublier, en sortant de chez son client, ce qu'il a vu et entendu! Voilà ce secret professionnel qui doit lier invariablement la langue du médecin, en règle générale, sans exception. C'est là-dessus qu'est bâtie la confiance du malade dans son médecin, seule condition qui permette au malade de dire sincèrement à celui qui le soigne tous les détails nécessaires pour connaître la maladie et la combattre.

La discrétion envers le malade est une autre vertu bien plus difficile à pratiquer. Lorsque le malade demande au médecin ce qu'il pense de son état, que faut-il répondre? Chacun de nous s'est posé cette question, et je suis sûr qu'il a dû être plus d'une fois embarrassé. Je n'essaierai pas de la résoudre : *non est hic locus*, car ce sujet exigerait de trop longs développements, bons tout au plus à faire le thème d'une conférence, mais non d'une causerie. Aussi bien ce sujet vient d'être traité de main de maître par notre savant confrère, M. le docteur Dechambre, et ce qu'il a pu extraire de sa longue et laborieuse carrière ne pourrait gagner aux considérations personnelles que je pourrais y ajouter. On ne prête qu'aux riches, dit-on ;

n'avais pas su recueillir l'année précédente : il me dit avoir souffert, en 1869, d'une fluxion de poitrine à gauche, et d'une pleuro-pneumonie à droite cinq ans plus tard. Il n'a jamais eu d'hémoptysies; mais il est faible depuis son abcès, il a quelques sueurs la nuit et un appétit variable. L'auscultation ne me révèle rien.

Nouvelle consultation en décembre 1880. Il y a trois jours, une violente douleur s'est déclarée au niveau de la cicatrice et dans toute la paroi du ventre; le malade s'est couché, a mis des cataplasmes, et au bout de deux heures il ne souffrait plus; mais une grande prostration s'en est suivie pendant deux jours. Il ne reste aujourd'hui qu'un peu de sensibilité au-dessous de l'ombilic, sans tuméfaction ni rougeur; il n'y a ni fièvre ni aucun symptôme alarmant. L'appétit est toujours médiocre, la constipation habituelle. Souvent le matin, au réveil, il sent des tiraillements dans la paroi abdominale, et comme une douleur en ceinture qui part de la cicatrice. Il ne tousse pas, mais la respiration est courte, et son travail lui donne souvent de l'oppression. Une auscultation très attentive ne me fait rien constater d'anormal. J'ai prescrit, depuis la première visite qu'il m'a faite cette année : quinquina, phosphate de chaux, granules de Dioscoride.

Ainsi se termine cette observation, car depuis deux ans je n'ai pas revu le malade. Elle est probante, en ce qui concerne l'existence d'un abcès qui s'est formé dans la région sous-ombilicale, a évolué sous nos yeux, s'est comblé dans l'espace d'un mois, et n'a laissé après lui, en apparence, qu'une légère induration cicatricielle où s'éveillent des douleurs névralgiques avec irradiation. Mais elle ne nous dit rien de positif sur la cause et la nature du mal.

A l'époque où j'ai observé ce malade, nous manquions des notions précises que nous possédons aujourd'hui sur l'évolution des tuberculoses locales. Peut-être aurais-je mieux compris le fait clinique dont je viens de vous donner l'histoire, si j'avais pu connaître les travaux qui depuis ont vu le jour dans cet ordre d'idées. En effet, cet abcès n'a donné, comme je l'ai dit, que des symptômes subaigus; peut-être même s'est-il formé d'abord un abcès froid de petit volume, inaperçu du malade, et qui ensuite s'est échauffé modérément, comme il arrive à ces sortes de foyers. A partir de l'intervention, la nature de la suppuration, sa persistance malgré le traitement antiseptique et l'étendue médiocre de la cavité, enfin la masse caséeuse qui un jour sortit par l'ombilic, me paraissent légitimer cette hypothèse, qu'il s'agit là d'un abcès tuberculeux développé dans la région sous-ombilicale. D'ailleurs, le

---

mais cela n'est pas toujours juste; que pourrais-je en effet prêter à l'auteur de l'article *Déontologie* du Dictionnaire encyclopédique? Je ne puis que recommander de lire son travail avec toute l'attention qu'il mérite.

Le secret professionnel obligeait donc les médecins qui soignaient M. Gambetta à cacher au public, et surtout aux journalistes qui n'auraient pas manqué de le répéter, ce qu'ils pensaient de sa maladie. La discrétion envers le malade leur prescrivait la même réserve, car M. Gambetta lisait avec beaucoup d'assiduité les journaux, et s'il avait appris par cette voie le danger qu'il courait, nul doute que cette révélation n'eût ébranlé sa confiance dans ses médecins et n'eût aggravé son état. En manquant au secret professionnel, les médecins auraient par cela même manqué à la discrétion envers le malade. Pour mettre fin aux sollicitations dont ils étaient l'objet, les médecins ont rédigé chaque jour un insignifiant bulletin de deux lignes, dont les plus avides de nouvelles durent se contenter.

***

La confiance dans le médecin, ai-je dit, est un élément essentiel de succès dans la pratique. Je ne suis pas le seul de cet avis, et je suis heureux de me rencontrer sur ce point avec un éminent médecin des Etats-Unis, le docteur Fothergill. Ce confrère tient plus compte, il est vrai, de la confiance que le médecin inspire comme praticien que comme personnage discret; mais ce point de vue ne mérite pas moins notre attention.

« Il est certain, dit M. Fothergill, qu'un grand nombre de médecins se font le plus grand tor à cause de leur peu de confiance dans la thérapeutique. Les effets de l'imagination sur l'individu sont bien connus et quand un malade aperçoit chez son médecin un moment d'hésitation, sa confiance en est immédiatement diminuée, et la situation, de bonne qu'elle était, devient d'autant plus mauvaise. Un de nos praticiens les plus recherchés d'une ville de l'Ouest

malade a eu des accidents thoraciques, il est d'une santé médiocre, et, sans en avoir la preuve, on peut craindre chez lui le développement de la phthisie pulmonaire.

Depuis que ces réflexions me sont venus à l'esprit, j'ai relu le travail de M. Heurtaux, et j'y ai trouvé des faits qui peuvent être comparés au mien. Les observations I, II et V de ce mémoire sont négatives au point de vue de l'étiologie. La III[e] ne dit rien encore de positif, car on y voit, sans autres détails, que le malade avait une pleurésie, et qu'il est parti peu de jours après l'ouverture d'un phlegmon sous-ombilical, « non complètement rétabli, mais en bonne voie de guérison. » Qu'est-il advenu du phlegmon et de la pleurésie ? Nul ne peut le dire. Mais les observations IV et VI me semblent avoir une signification plus précise. La première est un exemple de fistule ombilicale fort ancienne, « ayant probablement succédé, dit l'auteur, à un phlegmon sous-ombilical. » Celui-ci serait survenu à la fin d'une fièvre typhoïde. « Depuis cette époque, le trajet a toujours fourni un pus jaune ou grisâtre... Quelquefois il se fait une obstruction de l'ouverture... puis l'orifice de la fistule se débouche, il s'écoule une certaine quantité de pus et les accidents se calment... Deux ans après, ce jeune homme mourait de phthisie pulmonaire... Sa mère prétendait que depuis quelque temps, elle avait cru remarquer, dans le liquide qui s'écoulait par la fistule, des matières jaunes et brunâtres ayant un peu l'aspect des matières intestinales; mais ce fait ne m'a paru démontré. » Je partage, sur ce dernier point, les doutes émis par l'auteur, et je crois bien plutôt à l'issue de matières tuberculeuses. La malade de l'observation VI est une fille de 6 ans et demi, « constitution chétive, tempérament lymphatique. » Broncho-pneumonie à la suite d'une rougeole; symptômes graves pendant plusieurs mois. Tumeur sous-ombilicale constatée en mars 1872, reconnue en juillet par M. Heurtaux, ouverte spontanément dans le courant du même mois. « On fait sortir une certaine quantité de pus un peu clair, n'ayant pas d'odeur particulière et surtout rien qui rappelle l'odeur intestinale. La fièvre persiste toujours (130 à 140 pulsations); l'enfant est maigre et pâle, mais elle souffre peu. » Pendant deux mois et demi, « la fièvre, qui a cessé d'être continue, revient de temps à autre. » Contre-ouverture, drainage, etc. La suppuration est presque nulle en novembre, et l'enfant est guérie de son phlegmon au commencement de l'année suivante. « Mais cette petite fille, toujours

---

attribue en grande partie ses succès à sa confiance dans certains médicaments, administrés à propos, et à la confiance que la sienne propre inspire aux malades. » Et M. Fothergill ajoute : « Si un médecin parle à son malade avec un air de doute et d'hésitation, ce n'est pas la confiance qu'il inspire, mais la méfiance. C'est là l'explication des succès obtenus dans certains cas par un médecin, tandis qu'un autre aura échoué avec le même traitement. L'un conduit son malade vers la guérison et la santé, tandis que l'autre rend la maladie plus grave et la traîne jusqu'à la chronicité. C'est là une question à laquelle on a trop peu songé. »

Il y a des hommes qui doutent de tout (comme Thomas) ; d'autres, qui disent du mal de ce qu'ils ne comprennent pas, qui déprécient des remèdes dont ils ne connaissent pas la valeur et qui font un grand tort à leurs malades. Il a existé pendant quelque temps un manque de confiance dans la médecine; mais, aujourd'hui, l'ignorance diminue et la confiance renaît plus solide et plus forte, et bien plus raisonnée que par le passé. C'est l'aurore de temps plus heureux pour les malades.

Cette thérapeutique négative représente une opinion passagère, un état mental temporaire, dont la fin est proche; et, plus tôt ce sera, mieux cela vaudra pour tout le monde.

Ce sera l'intérêt le plus élevé du malade; ce sera également la plus grande satisfaction du médecin, qui sentira que son client a reçu, en échange de ses honoraires, une valeur réelle en soins. On obtiendra ainsi un état de santé merveilleux, au point de vue médical. C'est à cause de ce récent besoin de confiance dans la médecine, que les rebouteurs, charlatans et tous ces praticiens irréguliers de toute sorte, prennent une si grande extension.

Quand un homme est malade, ce qu'il demande, c'est de guérir; peu lui importent les moyens employés pour ce faire.

Quel médecin exerçant en France ne signerait ces lignes écrites en Amérique ?

SIMPLISSIME.

chétive, reste sujette à des bronchites et à des diarrhées presque continuelles, qui détériorent profondément sa santé et finissent par entraîner la mort. »

Je ne veux pas discuter plus longuement ces deux faits; je me suis borné à vous présenter les détails qui me font supposer que M. Heurtaux a vu, comme moi, des abcès tuberculeux de l'ombilic.

La loge sous-ombilicale me paraît aussi bien disposée à recevoir des phlegmons que des abcès tuberculeux; aussi ne suis-je pas autorisé, d'après le petit nombre de faits que nous connaissons, à contester la valeur du titre que notre confrère de Nantes a donné à son travail. Mais je crois qu'il faut dès à présent faire une part, peut-être la plus large, au tubercule; et, si cela est vrai, le nom de phlegmon sous-ombilical ne convient pas toujours, car je vous l'ai dit en commençant, on doit distinguer nettement l'une de l'autre l'évolution du foyer tuberculeux aboutissant à l'abcès froid et celle du phlegmon proprement dit aboutissant à l'abcès chaud. C'est pourquoi j'ai donné à mon observation l'étiquette d'*abcès tuberculeux sous-ombilical*.

Dernièrement, Messieurs, j'ai causé de ce fait avec M. le professeur Verneuil, qui m'a aussitôt raconté une histoire analogue à la mienne. Une religieuse de la Pitié, scrofuleuse dans son enfance et guérie d'une ancienne coxalgie, se fit, il y a deux ans une contusion sous-ombilicale en fermant un tiroir avec quelque violence. Après plusieurs semaines, M. Verneuil lui donna des soins pour une tumeur fluctuante sous-ombilicale, qui fut incisée et donna, au grand étonnement du chirurgien, un liquide absolument semblable à du lait. M. Verneuil pensa aux « abcès d'Heurtaux », mais, pour les mêmes raisons que je vous disais tout à l'heure, il ne put deviner la nature de cet accident singulier. L'ouverture demeura fistuleuse; quelques mois après, la malade se mit à tousser, et finalement mourut de phthisie pulmonaire. Aujourd'hui, ne croyez-vous pas avec moi que ce fait peut s'interpréter facilement, et qu'il vient se ranger, sans nul doute, parmi les abcès tuberculeux de l'ombilic?

En résumé : 1° Il existe une variété d'abcès sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure qui répondent à la description donnée par M. Heurtaux du phlegmon sous-ombilical.

2° Notre confrère de Nantes a fidèlement indiqué les caractères cliniques et le siège anatomique de ses collections.

3° Parmi les cas jusqu'ici observés, il en est dont l'étiologie nous échappe; mais la plupart étaient vraisemblablement des abcès tuberculeux.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN MODÈLE DE SIPHON STOMACAL.

Présentation faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 11 août 1882,

Par le Dr M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Le lavage de l'estomac est aujourd'hui un mode de traitement entré dans la pratique journalière. Son inventeur, Kussmaul (1), se servait de la pompe pour extraire les liquides injectés dans l'estomac, mais la crainte justifiée d'aspirer la muqueuse stomacale et de la ventouser fit préférer avec raison le siphon préconisé par Ploss (2), Jürgensen (3), L. Rosenthal (4), Leube (5), etc., etc.

En France, cette admirable méthode s'introduisit difficilement, la plupart des médecins étaient retenus par la crainte de produire un traumatisme de l'œsophage ou de l'estomac; aussi M. Faucher rendit un véritable service en montrant qu'on pouvait opérer avec des sondes molles.

(1) Kussmaul. Behandlung der Magenerweiterung durch eine neue Methode mittelst der Magenpumpe. *Deutsches Archiv für klin Medicin.* Band VI. S. 455, 1869.

(2) Ploss. *Deutsche Klinik,* 1870.

(3) Jürgensen. *Deutsches Archiv f. klin. Medicin.* Bd. VII. S. 239.

(4) L. Rosenthal. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1870. N° 24.

(5) Leube. Krankheiten des Magens, in *Ziemssen's Handbuch.*

Il fit voir que les malades, avec un peu d'habitude, arrivent à les déglutir, à les faire ainsi pénétrer dans l'estomac sans aucun danger de traumatisme. Cet appareil fonctionne fort bien chez les sujets suffisamment dressés, mais il exige une sorte d'apprentissage quelquefois un peu difficile, et le médecin assiste, sans qu'il soit possible d'intervenir, aux efforts de son malade.

L'année dernière, nous vous présentions un modèle de sonde qui permettait au médecin de l'introduire sans le concours du malade. Elle consistait en un tube de caoutchouc supporté par un mandrin présentant une courbe identique à celle du pharynx; on glissait le tube sur le conducteur et l'on pénétrait sans difficulté. Nous avons fait construire un appareil beaucoup plus simple, qui remplit les conditions que doit remplir, suivant nous, une bonne sonde œsophagienne. Elle doit être suffisamment rigide, pour que le médecin ou le malade l'introduise en poussant, sans que ce dernier soit obligé de la déglutir; elle doit être suffisamment souple, pour qu'on n'ait à craindre aucun traumatisme de l'œsophage ni de l'estomac; elle doit être enfin absolument lisse, ce qui permet de la faire glisser rapidement du pharynx jusque dans l'estomac.

Ces différentes conditions indiquées nous paraissent remplies par le siphon que nous avons l'honneur de présenter à la Société. Il est en caoutchouc suffisamment vulcanisé, pour présenter une certaine rigidité; il est coulé dans des tubes de verre, pour que sa surface soit polie. Cette sonde se compose de deux parties réunies par un ajutage; il était, en effet, bien difficile de couler d'une seule pièce, dans des tubes de verre, une sonde ayant la longueur exigée pour le siphonage de l'estomac.

Il est encore utile de signaler un accident qui peut se produire avec les sondes molles. Elles se pelotonnent dans le pharynx, et le médecin, qui croit les avoir fait pénétrer dans l'estomac (s'il n'a le soin d'inspecter le pharynx), verse un liquide qui s'écoule en partie dans l'œsophage, en partie dans les voies aériennes. Ce danger n'est plus à craindre avec les sondes un peu rigides, car leur pelotonnement dans la gorge est impossible.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 janvier 1883. — Présidence de M. Jamin.

A l'occasion du procès-verbal, M. Trécul se plaint de changements apportés à la disposition des tableaux qui accompagnaient et expliquaient sa dernière note. Ces changements auraient eu lieu postérieurement à la correction des épreuves par l'auteur, lequel d'ailleurs n'accuse personne nominativement de ce méfait. Le bureau accueille la réclamation de M. Trécul avec beaucoup de bonne grâce et lui promet de faire paraître un *erratum* dans le prochain numéro des comptes rendus.

M. Faye répond aux dernières communications de M. Siemens relatives au mécanisme de l'entretien de l'énergie solaire.

M. Fizeau dépose sur le bureau, au nom d'un correspondant, une note concernant les longueurs d'ondes du rayon infrà-rouge.

L'Académie, par la voie du scrutin, nomme une commission de 5 membres, dont les noms ne sont pas proclamés par le président. Cette commission aura pour objet le choix d'une question pour le prix de géographie fondé par M. Gay.

Une autre commission de 5 membres est également nommée pour décerner le prix Vaillant. Ce prix peut être appliqué aux questions les plus variées. On peut dire que le concours est *ad libitum.*

M. H. Bouley, au nom de M. Jules Chamberland, présente une note sur le passage des éléments figurés à travers le placenta, et sur la production, par ce moyen, de la variole fœtale. Le placenta est loin, comme on l'avait cru jusqu'ici, d'être une barrière infranchissable. M. Chamberland a vu que le microbe du choléra des poules, microbe qui est d'une ténuité extrême, le traverse aisément. Ce qu'il y a de particulièrement remarquable dans ces phénomènes, c'est que le passage, le filtrage, pour ainsi dire, à travers le placenta, constitue une atténuation du virus. Ainsi les enfants nés d'une mère varioleuse sont réfractaires, plus tard, aussi bien à la vaccine qu'à l'inoculation. C'est possible, mais à l'heure qu'il est, toutes ces assertions sont bien étranges. L'énergie des virus dépend-elle donc de la taille de ses éléments figurés? Naguère on aurait incliné pour l'opinion contraire. Attendons. Tout cela se débrouillera peut-être demain ou après.

M. Domagnac, officier de marine, lit une courte note sur les chronomètres.

M. de Quatrefages présente, de la part de M. Rochebrune, médecin auxiliaire de la ma-

rine, le premier fascicule, orné de planches coloriées, d'un grand ouvrage sur la faune de la Sénégambie.

M. Puiseux, trop malade encore pour assister aux séances de l'Académie, prie qu'on lui envoie les observations du passage de Vénus sur le soleil, afin qu'il puisse commencer les calculs en vue desquels les observations ont été prises.

M. Bouley présente une note de M. A. Sanson *sur la propriété excitante de l'avoine.*

« L'Académie voudra bien me permettre de lui communiquer les conclusions d'un Mémoire qui sera publié prochainement, sur des recherches expérimentales exécutées à l'École de Grignon, en vue de résoudre la question de savoir si l'avoine possède ou non la propriété excitante que l'observation pure lui a fait attribuer et qui lui a été contestée. Dans ces recherches, l'excitabilité neuro-musculaire du cheval, sur laquelle devait agir le principe excitant, au cas où il existerait, a été explorée à l'aide du courant gradué de l'appareil de du Bois-Raymond, avant et après l'ingestion d'une quantité déterminée d'avoine, ou de ce principe même, qui a pu être isolé. De la sorte, j'ai été conduit, par des expériences comparatives nombreuses et répétées, à constater une série de faits qui se résument dans les propositions suivantes, formant les conclusions de mon Mémoire :

1. Le péricarpe du fruit de l'avoine contient une substance soluble dans l'alcool, qui jouit de la propriété d'exciter les cellules motrices du système nerveux.

2. Cette substance, dont l'existence avait été soupçonnée par les uns, contestée par les autres, n'est point le principe odorant de la vanille, ou vanilline, comme l'avaient pensé les premiers ; elle n'a même avec celle-ci aucune analogie. C'est une matière azotée, qui semble appartenir au groupe des alcaloïdes. Incristallisable, elle a une constitution physique finement granuleuse, de couleur brune en masse, communiquant à l'alcool, en solution étendue, une teinte ambrée. Sa composition paraît correspondre, sauf vérification, à la formule $C^{50} H^{21} Az O^{18}$. On pourrait la nommer *avénine.*

3. Toutes les variétés de l'avoine cultivée paraissent aptes à élaborer la substance ainsi définie par sa propriété physiologique ; mais il est certain qu'elles possèdent cette aptitude à des degrés très différents.

4. Les différences ne sont point qualitatives mais seulement quantitatives : la substance élaborée est identique dans toutes les variétés.

5. Ces différences ne dépendent pas seulement de la variété de la plante, elles dépendent aussi du lieu où celle-ci a été cultivée.

6. Les avoines de variété blanche contiennent moins de principe excitant que celles de variété noire ; mais, pour certaines des premières, notamment pour celle cultivée en Suède, la différence est minime ; elle est au contraire très considérable pour les autres, notamment pour celles cultivées en Russie.

7. Au-dessous de la proportion de 0,9 de principe excitant pour 100 d'avoine séchée à l'air, la dose est insuffisante pour mettre en jeu sûrement l'excitabilité neuro-musculaire du cheval ; à partir de cette proportion, l'action excitante est certaine.

8. On ne peut attribuer ou refuser avec certitude à l'avoine la propriété excitante, d'après sa variété de couleur, attendu que certaines blanches la possèdent sûrement et que certaines noires en peuvent être dépourvues.

9. Le dosage du principe excitant, en prenant pour critérium la proportion indiquée, donnera donc seul une base certaine aux appréciations ; toutefois il y a de fortes probabilités pour que les avoines blanches, d'un provenance quelconque, soient moins excitantes que les noires ou ne le soient pas du tout.

10. L'aplatissement du grain d'avoine ou sa monture affaiblit considérablement sa propriété excitante, en altérant, selon toutes probabilités la substance à laquelle cette propriété est due ; l'action excitante est plus prompte, mais beaucoup moins forte et moins durable.

11. Cette action, immédiate et plus intense avec le principe isolé, se fait attendre quelques minutes avec l'avoine entière ; dans les deux cas, elle va se renforçant jusqu'à un certain moment, puis s'affaiblit et se dissipe ensuite.

12. La durée totale de l'effet d'excitation ou d'accroissement de l'excitabilité neuro-musculaire a toujours paru, dans les expériences, être d'environ une heure par kilogramme d'avoine ingérée.

Les faits qui viennent d'être exposés entraînent, pour la pratique de l'alimentation des moteurs animés qui doivent travailler en mode de vitesse, des conséquences d'une grande importance, dont l'indication ne serait pas à sa place ici. La mesure de cette importance peut du reste être donnée par les nombreuses controverses dont le sujet avait été l'occasion et par le nombre des tentatives infructueuses faites pour résoudre scientifiquement la question posée par ces controverses mêmes. »

— A quatre heures vingt minutes l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS D'HYGIÈNE INFANTILE, par J.-B. FONSSAGRIVES. — Un volume in-8° de 619 pages. Paris, 1882, chez Delahaye et Lecrosnier.

Ecrit avec l'élégance de plume et le talent d'observation qui caractérisent toutes les œuvres de M. Fonssagrives, ce livre est appelé à un grand et légitime succès auprès de tous les praticiens. Ils liront avec le plus vif intérêt les leçons consacrées à la *nourriture du premier âge*, aux *maladies de l'allaitement* et à l'*athrepsie*, au *sevrage* et à l'*alimentation de la seconde enfance*, à la *croissance* et à ses déviations, à la *dentition* et à l'*odontaxie*, au *sommeil* et à l'*insomnie dans l'enfance*, à l'*hygiène de la vue chez les enfants*, aux *vices de la voix et à l'orthophonie*, à l'*onanisme*, à la *gymnastique*, à l'*éradication des germes d'hérédité morbide*, à la *prophylaxie morbilleuse*, *scarlatineuse* et *diphthéritique*, à la *préservation variolique*, à la *prophylaxie de la syphilis des nouveau-nés*.

Cette courte énumération suffit pour montrer l'importance de ce livre et le vif intérêt que les élèves et les médecins prendront à sa lecture. — H. HD.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE A L'USAGE DES PRATICIENS, par J.-B. FONSSAGRIVES. — Un vol. in-16 de 467 pages. Paris, 1882, chez Delahaye.

Ce formulaire nouveau comprend les notions et les formules relatives à l'emploi des médicaments, de l'électricité, des eaux minérales, de l'hydrothérapie, des climats et du régime. Dans sa forme nette et précise, avec un formulaire pour les adultes et pour les enfants, il réalise un réel progrès dont nous sommes heureux de féliciter l'auteur. Aussi prédisons-nous à ce petit livre, éminemment utile et pratique, le même succès qui a accueilli l'excellent traité de *thérapeutique appliquée*. — H. HD.

DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES, par E. BILLOD. — 2 vol. in-8°. Paris, chez Masson, éditeur, 1882.

M. E. Billod a réuni dans ces deux volumes les mémoires divers qu'il a publiés sur les maladies mentales et nerveuses. Parmi les sujets traités, nous mentionnerons les *recherches et considérations relatives à la symptomatologie de l'épilepsie*, à la *paralysie générale*, les *maladies de la volonté dans l'aliénation mentale*, les études sur les diverses formes de *lypémanie*, les *lésions de l'association des idées*, les *aliénés dangereux*, sur les questions concernant la réorganisation du service des aliénés, etc., dans le premier volume. Le second volume n'est pas moins important : il comprend divers travaux ou communications sur l'*aphasie*, l'*épilepsie larvée*, sur les *rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale*, sur la *congestion cérébrale apoplectiforme*, et enfin des observations très intéressantes. Ces deux volumes seront consultés avec fruit par tous les médecins qui s'intéressent à la pathologie nerveuse et mentale. — H. HD.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 29 décembre 1882 au 4 janvier 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,099. — Fièvre typhoïde, 71. — Variole, 11. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 40. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 10. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 41. — Phthisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchites aiguës, 51. — Pneumonie, 79. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 38 ; au sein et mixte, 30; inconnus, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 116 ; circulatoire, 63 ; respiratoire, 88 ; digestif, 43 ; génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 11; des os, articulat. et muscles, 6. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 8.

CONCLUSIONS DE LA 1re SEMAINE. — Il a été notifié cette semaine, au service de la statistique, 1,155 naissances et 1,097 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,135, 1,094, 1,202, 1,116. Le chiffre de 1,099 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

Deux mairies, la 13e et la 17e, ne nous ont pas fait parvenir en temps utile leurs notices statistiques de la journée du jeudi. C'est 20 à 25 décès qui manquent à notre enregistrement. En tenant compte de cette omission, le chiffre total des décès ne dépasserait pas encore la moyenne des décès des dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir :

Une atténuation pour la Rougeole (9 décès au lieu de 16 pendant la 52e semaine de 1882);

Une légère aggravation pour la Fièvre typhoïde (71 au lieu de 66); la Diphthérie (40 au lieu de 35), et l'Erysipèle (10 au lieu de 6).

Il y a eu 11 décès par Variole et 6 par Infection puerpérale. Ces chiffres sont ceux qui avaient été enregistrés pour la précédente semaine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Variole (19 malades reçus du 25 au 31 décembre, au lieu de 28 entrés pendant les 7 jours précédents), et supérieur pour la Diphthérie (24 au lieu de 19), et pour la Fièvre typhoïde (155 au lieu de 145).

Le nombre des décès typhoïdiques comparé à celui des cas d'invasion serait absolument excessif, s'il n'était pas tenu compte des 740 malades en traitement dans les hôpitaux le 31 décembre au soir, et de celui, non moins considérable à coup sûr, mais dont nous n'avons pas le moyen d'apprécier l'importance, des malades qui reçoivent des soins à domicile.

Il est parvenu cette semaine, au Bureau central de statistique municipale, 49 avis de cas d'invasion de Fièvre typhoïde. Ce chiffre, rapproché du nombre des admissions dans les hôpitaux, est certainement loin de répondre à la réalité des faits. Aussi croyons-nous devoir faire, à ce sujet, un nouveau et pressant appel à nos confrères, pour en obtenir la dénonciation des cas d'invasion d'affections épidémiques qu'ils sont appelés à reconnaître dans leur pratique de chaque jour.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 15 au 20 janvier 1883.

Lundi 15. — M. Chambellan : Etude anatomique et anthropologique sur les os wormiens. (Président, M. Parrot.)

M. Angot : Contribution à l'étude des luxations congénitales de la hanche. (Président, M. Parrot.)

Mercredi 17. — M. Pluyette : Aperçu historique sur les insertions vicieuses du placenta. (Président, M. Depaul.)

M. Laversin : Considérations sur quelques accidents traumatiques dans le diabète, et en particulier la gangrène. (Président, M. Verneuil.)

Samedi 20. — M. Larrivé : De l'eau oxygénée. Son emploi en chirurgie. (Président, M. Brouardel.)

M. Carret : Du traitement des fistules vésico-vaginales par l'occlusion du vagin. (Président, M. Richet.)

FORMULAIRE

Lotion contre la chute des cheveux. — Eb. Arré.

Acide chlorhydrique.	5 grammes.
Alcool	150 —

Mêlez. — Tous les deux jours, le soir en se couchant, on pratique une lotion sur le cuir chevelu. — Cette lotion arrête la chute des cheveux, si fréquente dans la convalescence des maladies graves, et les fait assez rapidement repousser. — N. G.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui suprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Concours de l'agrégation. — A la suite du tirage au sort, voici l'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir la troisième épreuve (leçon d'une heure après vingt-quatre heures de préparation) :

1° Mardi 9 janvier 1883, MM. Albert Robin et Hutinel ; 2° mercredi, 10, MM. Clément et Dreyfous ; 3° jeudi 11, MM. Hanot et Schmitt ; 4° vendredi 12, MM. Dreyfus-Brisac et Baumel ; 5° samedi 13, MM. Du Castel et Bard ; 6° lundi 15, MM. Blaise et Letulle ; 7° mardi 16, MM. Artigalas et Leroy ; 8° mercredi 17, M. Quinquaud.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 28 décembre 1882, M. Toussaint, professeur de physiologie à l'ecole vétérinaire de Toulouse, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Missions scientifiques. — Plusieurs missions scientifiques viennent d'être organisées par le ministère de l'instruction publique.

M. le docteur Paul Rey est chargé d'une mission au lac Copaïs, à l'effet d'y recueillir des collections destinées à l'État.

M. Aubry, ingénieur civil des mines, est chargé d'une mission au Choa et dans les pays des Gallas, à l'effet d'y entreprendre des études topographiques, géologiques et minéralogiques.

M. Hamon, docteur en médecine, est chargé d'une mission au Choa et dans les pays des Gallas, à l'effet d'y entreprendre des recherches médicales et d'histoire naturelle.

Hôpitaux de Paris. — Le prix Civiale, d'une valeur de 1,000 francs, a été décerné à M. le docteur Guiard, ancien interne des hôpitaux.

Hôpitaux de Lyon. — Par suite de la retraite de MM. Bondet et Paul Meynet, arrivés au terme réglementaire de leurs fonctions, les mutations suivantes ont eu lieu le 1er janvier 1883 :

M. H. Soulier passe de l'hôpital Saint-Pothin à l'Hôtel-Dieu ; M. Clément passe de l'hôpital de la Croix-Rousse à Saint-Pothin ; M. Colrat passe de l'hospice du Perron à la Charité ; M. J. Tessier entre à l'hospice du Perron ; M. Bouveret entre à l'hôpital de la Croix-Rousse.

M. Albert Carrier, en congé depuis un an, prend, à l'hospice de l'Antiquaille, le service des épileptiques et des maladies du système nerveux, par suite de la retraite de M. Lacour.

Commission des logements insalubres. — Aux termes de la loi du 13 avril 1850, la commission des logements insalubres se renouvelle tous les deux ans par tiers ; les membres sortants sont indéfiniment rééligibles. Le Conseil municipal vient de réélire MM. Bonnamaux, Cassanas, Fouqué, Delaunay, Hudelo, Landois, Napias, Pujol, Sinaud, pour une durée de six années, devant prendre fin le 31 décembre 1888. En outre, M. Decron a été élu membre de ladite commission, en remplacement de M. Coudereau.

Poissons lumineux. — Nous avons déjà mentionné les principaux résultats scientifiques obtenus par les savants qui, à bord de l'aviso *le Travailleur*, explorent les profondeurs de l'Océan.

Les dernières explorations sous-marines ont mis en évidence un fait des plus curieux, et auquel aucun des savants qui ont cherché à deviner, ce que peut être la vie dans ces régions sombres n'avaient jamais songé.

Ces abîmes ne sont pas seulement peuplés par des foraminifères et des infusoires, comme on le supposait ; on y trouve encore de nombreuses espèces de poissons analogues à ceux qui peuplent la surface, mais possédant des particularités anatomiques curieuses et des organes nouveaux. Ces organes sont des plaques transparenste recouvertes par la peau et remplies d'un liquide susceptible de devenir lumineux sous l'influence de l'encéphale.

Il en résulte que ces vertébrés qui habitent des régions où le soleil ne pénètre jamais, et où règnent, par conséquent, des ténèbres éternelles, possèdent des espèces de lanternes sourdes qu'ils peuvent allumer à volonté.

Il faut ajouter une particularité que l'on connaissait depuis longtemps, c'est que la plupart des zoophytes qui tapissent le fond des océans sont naturellement phosphorescents.

Clinique otologique. — *Consultations gratuites.* — M. le docteur E. Ménière commencera ses leçons et ses exercices pratiques sur les maladies des oreilles le mardi 16 janvier, et les continuera les vendredis et mardis suivants, de midi à 2 heures, rue des Grands-Augustins, n° 20 (quartier de l'École-de-Médecine).

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSEUDO-ÉPILEPSIES

CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES D'ORIGINE GASTRO-INTESTINALE (ÉPILEPSIE GASTRO-INTESTINALE),

Par le docteur Ch. ELOY, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Suite et fin. — (Voir le numéro du 11 janvier.)

Le fait clinique précédent m'a donné l'explication des accidents suivants dont j'avais été témoin il y a quatre ans, et dont la pathogénie m'avait alors paru très obscure:

OBS. II. — En septembre 1878, je suis appelé auprès de madame B..., enceinte de sept mois, me dit-on, qui, deux jours auparavant, avait été atteinte d'une hémorrhagie utérine. Avant mon arrivée, elle avait été prise de mouvements convulsifs des membres, comparés par les assistants à ceux des gens qui tombent du « *haut mal* ». La crise s'était terminée par des vomissements de mucosités verdâtres et d'aliments non digérés. Les urines ne furent pas examinées.

Madame B... possédait un tempérament nerveux, mais jamais auparavant elle n'avait été atteinte de crises convulsives. Sa grossesse est la première et ses antécédents héréditaires sont nuls. L'anorexie, l'embarras gastrique persistent pendant quelques jours.

En présence de cet état de grossesse, mon diagnostic avait été celui de convulsions éclamptiques. Je prescrivis le chloral et je recommandai une intervention plus active en cas de retour des accidents.

Ceux-ci ne reparurent plus jusqu'au moment de l'accouchement, qui eut lieu avant terme huit jours plus tard. L'enfant était mort-né.

Deux mois après, le 1er décembre, on m'appelle de nouveau pour les mêmes accidents. J'observe des convulsions cloniques des membres, la perte de connaissance, de la sputation écumeuse et enfin de la contracture des mâchoires. Les globes oculaires sont dans la rotation en haut; les pupilles dilatées, et le pouls s'élève à 112. Cet état de mal durait depuis environ un quart d'heure. Un violent effort de vomissement et l'expulsion de matières alimentaires et muqueuses terminèrent la scène. L'examen des urines pratiquées le lendemain démontra l'absence d'albumine.

Cette malade nous avoua qu'elle était sujette à des douleurs stomacales. Elle était dyspeptique.

Depuis, elle a présenté encore les mêmes phénomènes morbides à deux reprises, mais avec une moindre intensité. Chaque fois ils se sont terminés par des vomissements. Sous l'influence d'un traitement tonique, des amers et des eaux minérales, la dyspepsie s'est amendée et la constipation opiniâtre a disparu.

Cette femme succombait l'année suivante à une péritonite par perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde grave.

Si la première attaque convulsive survenue dans le cours de la grossesse pouvait faire croire à l'éclampsie puerpérale, les attaques suivantes n'étaient assurément pas de même nature. Ces convulsions épileptiformes étaient d'origine gastrique et analogues à l'épilepsie dite stomacale.

On n'a pas oublié un mémoire devenu classique, dans lequel M. Lépine (1) a montré que certaines formes d'épilepsie étaient causées par des écarts du régime. Un changement dans ce dernier amenait la guérison. M. Pommay (2), de son côté, a

(1) Lépine. *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1877, p. 573.
(2) Pommay. *Contribution à l'étude de l'épilepsie gastrique et des relations existant entre cette épilepsie et certaines névroses du nerf vague.* (Revue de méd., juin 1881, p. 449.)

attribué ces accidents à la surcharge stomacale. Or, dans la dernière observation, les accidents ont bien les caractères cliniques indiqués par M. Pommay : vomissements, embarras gastriques. Telle est encore l'observation de Schultz (1), indiquée par M. Henri Huchard. Page (d'Edimbourg) avait insisté sur la production des attaques épileptiformes par la présence des aliments dans l'estomac.

Tous ces faits jettent donc un jour sur la pathogénie de l'épilepsie sympathique des anciens cliniciens.

Dans l'énumération des causes de l'épilepsie, Herpin mentionne quatre cas dans lesquels on a pu invoquer l'influence de troubles intestinaux ou d'un mauvais régime (2). Ces faits, comme les suivants, ne doivent être acceptés qu'avec réserve.

En effet, les troubles digestifs peuvent survenir chez des individus déjà épileptiques héréditairement, et sont la première manifestation de la névrose, d'autant plus que la voracité de ces malades est bien connue. Gower et Reynold insistent sur ce fait d'observation (3). Dans ce cas, l'épilepsie dite gastrique n'existe pas et on a affaire à des troubles gastro-intestinaux chez des épileptiques. Dans d'autres cas, cités par les anciens auteurs, on peut se demander si on n'attribuait pas à l'épilepsie des phénomènes convulsifs dus à d'autres causes, à des intoxications, par exemple. Enfin, il ne faudrait pas non plus confondre les convulsions épileptiformes par irritation stomacale, avec les cas d'épilepsie vraie, tel que celui de Trousseau, où il existait un aura stomacal (4). D'ailleurs, dans les cas précédents, l'aura faisait défaut, et on n'observait pas ce sentiment douloureux de faim signalé par Huglings-Jakson comme aura de l'épilepsie stomacale.

Tissot (5), résumant l'opinion des médecins de son époque, admettait « que le siège le plus fréquent des épilepsies sympathiques..... c'est l'estomac. » Hippocrate (6) avait noté ce fait (7) mais, bien entendu, sans l'expliquer. Galien, d'après Tissot, signalant les convulsions épileptiformes dans le cours des lésions stomacales, avait noté les vomissements bilieux et l'état dyspeptique des malades. L'auteur du Traité des maladies des nerfs mentionne encore une observation analogue de Valleriola (8). Woodwort avait observé une malade (9) dont les convulsions épileptiques ne cessèrent que par des vomissements bilieux. Fernel, au témoignage de Tissot, aurait été le témoin d'un cas semblable d'épilepsie gastrique (10). Néanmoins, des vomissements terminèrent quelquefois les attaques d'épilepsie vraie et Gowers signale ce symptôme.

L'état dyspeptique consécutif à un jeûne prolongé, et surtout l'ingestion d'aliments abondants après ce jeûne, ont produit ces phénomènes morbides. On connaît les faits cités par Russel-Reynold, par M. Henri Huchard, dans lesquels l'épilepsie se manifestait chez des naufragés par l'ingestion des premiers aliments, après un jeûne prolongé. Ces cas ne sont pas sans analogie avec l'histoire souvent citée du grammairien dont Galien (11) rapporte l'histoire devenue classique.

D'ailleurs, l'ingestion de substances indigestes, ou d'aliments en excès, a été cause de nombreux cas de convulsions épileptiformes sympathiques, si on en croit le témoignage des anciens auteurs. Dolvius, Forestus, Bœrhaave, ont publié des

(1) Schultz. *Berlin Klin. Woch.*, 1877, n° 35, cité par M. Henri Huchard. *Loc. cit.*, et par M. Pommay.

(2) Herpin. *Du pronostic de l'épilepsie*, in-8°. Paris, 1832.

(3) Reynold. *Epilepsy*. London, 1871, p. 235. — Gower. *Epilepsy and other convulsive disease*, London, 1881, p. 106.

(4) Trousseau. *Clinique médicale*, t. II, 1846.

(5) Tissot. *Encyclopédie médicale*, t. I, p. 278.

(6) Hippocrate. *Epid.*, lib. VI, aph. IV, cité par Tissot.

(7) Galien. *Com. adaph. Hipp.*, l. VII, aph. 10, cité par Tissot.

(8) Valleriola. *Observ.*, lib. III, p. 67.

(9) Woodwort. *Select cas of phys.*, p. 213.

(10) Fernel. *Opera omnia*, p. 668.

(11) Galien. *De locis affect.*, lib. V, cap. VI, et Tissot, *loc. cit.*, p. 278.

observations dont Tissot donne l'analyse (1), mais qu'on ne doit accepter qu'avec réserve (2). Esquirol place aussi dans les écarts de régime la cause d'une forme de l'*épilepsia plethorica* (3). Mais il faudrait établir, dans ces cas, que l'origine des accidents est bien la congestion des centres nerveux (4).

Lecock (5), Blache et Guersant (6) ont vu les convulsions les plus graves survenir chez « de jeunes enfants qui avaient mangé des raisins secs, des morceaux de carotte, etc., etc. » D'Espine et Picot signalent aussi cette cause de convulsions (7).

De même les troubles de la digestion intestinale peuvent être l'occasion de ces phénomènes réflexes. (Tel est le cas de l'enfant qui fait l'objet de l'observation I.) Il était dyspeptique assurément, mais présentait aussi des troubles fonctionnels signes d'irritation intestinaux (constipation, lienterie, etc.). On sait que les irritations d'origine intestinale peuvent exercer une action sur le cœur. Tessier a montré la synergie qui peut unir ces organes. Ces derniers phénomènes, comme ceux que présentaient nos malades, sont du même ordre et rentrent dans la loi de Pflüger. M. Henri Huchard, discutant la pathogénie de ces accidents, admet avec raison « que l'irritation des nerfs vagues peut se traduire par deux symptômes opposés, « ou par des symptômes de paralysie, auquel cas survient une précipitation avec « arhythmie des battements de cœur, ou par des signes d'excitation, des attaques « épileptiformes. » A l'appui de cette opinion, cet auteur signale les expéiences récentes de Langendorf et de Lander (8).

Les irritations peuvent donc être d'origine intestinale. Sthal (9) signale des convulsions épileptiformes chez les jeunes enfants, par l'accumulation des matières fécales dans l'intestin. On connait l'observation de Lazare Rivière, qui avait constaté des attaques convulsives sur son petit-fils, chaque fois qu'il était atteint de constipation. Tissot signale aussi l'épilepsie de cause intestinale chez les enfants(10). Il invoque les témoignages de Tulpius (11) (épilepsie par constipation); de Péchlin (épilepsie par météorisme). Mais ces témoignages mériteraient d'être contrôlés. Le défaut de documents originaux n'a pas permis de le faire. Gower cite l'observation suivante : Un étudiant, affecté d'une constipation persistante depuis huit jours, prend un repas abondant. Il éprouve des convulsions épileptiformes à la suite de ce repas. Dans la famille, il n'existait aucun antécédent héréditaire, et, depuis, le jeune homme n'a plus été atteint de semblables accidents (12).

Ils sont assurément du même ordre que ces cas de convulsions épileptiformes causées par la présence des vers dans le tube digestif. Rares à Paris, ces accidents, dont la pathogénie a été mise en doute par d'éminents cliniciens, n'en sont pas moins le résultat de causes semblables d'irritation. M. Bouchut a cité des cas authentiques d'épilepsie vermineuse (13), de chorée vermineuse; et récemment,

(1) Voir Tissot, *loc. cit.* — Dolvius : *Encycl. med.*, lib,, cap. IX, p. 127. — Forestier : *Obs.*, lib. V, obs. 57. — Boerhaave : *Prælet. de morb. nerv.*, p. 828. — Hidelsheim : *Specil*, p. 599.

(2) Voir *Ann. méd. psych.*, 1re série, vol. III, p. 154 (Cas de convulsions par plénitude de l'estomac).

(3) Esquirol, *Dict. en 60 vol.*, art. *Epilepsie*, p. 529.

(4) Lépine, Sur l'épilepsie congestive. (*Revue de méd.*, 1881, p. 501.)

Voir aussi un passage de Cooke sur l'épilepsie congestive, dans l'édition de 1823, du livre intitulé : *A treatise on nervous disease*, 1823.

Voir encore : Sieveking, *On epilepsy and epileptiform seizures*. London, 1871, p. 220.

(5) Lecock, cité par M. H. Huchard. *The Cycl. of prac. med.*, p. 480, par. V.

(6) Blache et Guersant. *Diction. en 30 vol.*, t. XI, p. 150, 1835.

(7) Picot et Despine. *Manuel des malad. des enfants*. Paris, 1877, p. 276.

(8) Henri Huchard. *Loc. cit.* et *Cent. fur med. Wos.*, 1878, n° 4 (*Epileptische Kroempfe bei-peripheric Vogresreizung*).

(9) Stahl. *Path. spéciale*, trad, de Blondin, p. 403, t. IV, 1863.

(10) Tissot. *Loc. cit.*, p. 280.

(11) Sulpius. *Ob. med.*, lib. I, cap XI, et Pechlin, lib. II, obs. 29, p. 182, d'après Tissot.

(12) Gower. *Loc. cit.*. p. 233.

(13) Bouchut. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1861, et *Gaz. des hôpitaux*, 1862, p. 22.

M. Guermonprez a publié un mémoire consciencieux sur ce sujet. On peut y trouver de nombreux renseignements bibliographiques (1) de valeurs diverses assurément, mais qui confirment, au point de vue actuel, l'influence des irritations du tube intestinal dans la production des phénomènes convulsifs réflexes. M. le professeur Parrot (2) n'a-t-il pas observé un cas, du moins, dans lequel on pouvait attribuer à l'athrepsie le tétanos d'un nouveau-né. Cet accident n'était-il pas du même ordre? Enfin, dans son mémoire, M. Schlumberger (3) n'a-t-il pas démontré l'importance des troubles de l'appareil digestif dans l'étiologie des convulsions infantiles?

Au reste, les faits actuels rentrent donc dans l'ordre des phénomènes réflexes, observés par M. Potain. L'éminent professeur de la Faculté de Paris n'a-t-il pas signalé les troubles cardiaques de cause réflexe, ayant l'estomac pour origine? Rosembach et Preisendorfer (4) et Pommay n'ont-ils pas signalé aussi des troubles de l'innervation du cœur après des écarts de régime? M. Pierret a vu des accidents de même nature sous la dépendance d'irritations intestinales. Autrefois, à une époque où on ne pouvait en donner une explication satisfaisante, Bremser avait observé un fait qui paraît analogue, mais que malheureusement nous n'avons pu vérifier (5).

On connait enfin les accidents nerveux que Maurice Raynaud et d'autres observateurs, Laveran, Cayley, Brouardel, H. Roger (6) ont constatés dans l'opération de l'empyème. Le stade convulsif de ces accidents nerveux, d'origine pleurale, avait quelquefois l'apparence (7) « d'un véritable état de mal épileptique ». Il était suivi ou non d'un stade hémiplégique. L'excitation était viscérale comme chez nos malades et, dans l'un comme dans l'autre cas, les convulsions étaient épileptiformes.

Les deux observations précédentes montrent que l'épilepsie peut avoir pour origine une irritation gastrique ou une irritation intestinale. Comme les vers intestinaux, les aliments indigestes ou bien trop abondants, l'encombrement par les matières fécales accumulées, les troubles divers gastro-intestinaux causent donc, par un même mécanisme, ces accidents nerveux.

Quant aux théories et aux hypothèses, qui ont pour objet l'explication de ces faits, je ne m'y arrêterai pas. Toutefois, s'ils ne sont pas en désaccord avec les conclusions des récentes expériences de M. le professeur Brown-Sequard sur les *phénomènes d'inhibition* et de *dynamogénie*, ils ne sont pas non plus en contradiction avec la *théorie* de la *congestion des centres nerveux*. Au point de vue physiologique, ces deux observations démontrent : les effets d'irritations des extrémités du nerf pneumo-gastrique. On connaît les propriétés de ce nerf et le rôle de ses *synergies*, dans les troubles nerveux viscéraux. C'est par son intermédiaire que les irritations stomacales et intestinales ont pu retentir sur les centres nerveux.

Chez nos malades, on observait des phénomènes d'hyperexcitabilité. Chez d'autres, et en particulier chez une malade de M. Potain, la même cause produisit la parésie des membres et la diminution de la sensibilité cutanée de certaines régions. Tous ces faits sont et rentrent bien dans la loi du retentissement des irritations viscérales ou périphériques sur les centres nerveux. Il faut donc admettre que cette épilepsie stomacale est une pseudo-épilepsie (8).

(1) Guermonprez. *Des accidents nerveux causés par les ascarides lombricoïdes* (*Journal des sc. de Lille*), 1881.
(2) Parrot. *Archives gén. de méd.*, 6e série, t. XIV, p. 257.
(3) Schlumberger. *De l'importance des troubles de l'appareil digestif dans l'étiologie des convulsions des enfants.* Paris.
(4) *Deutsch. med. Woch.*, 1879, n° 43.
(5) Guermonprez, *loc. cit.*, et Bremser : *Traité sur les vers intestinaux*, trad. de Grundler. Paris, 1824, p. 363.
(6) *Société méd. des hôpitaux*, 1870.
(7) Voir Haberson : *Ludmeian lectures on the pneumogastric nerre*, London, 1877, p. 91).
(8) Potain. *Journal des connais. méd. chir.*, février 1882.

La discussion sur la fièvre typhoïde à l'Académie de médecine.

Dans la séance de mardi dernier, l'Académie de médecine a repris la discussion depuis longtemps ouverte sur la fièvre typhoïde.

Un article du règlement défend qu'une personne étrangère à l'Académie monte à la tribune pour y traiter un sujet en discussion. La savante Compagnie, consultée par son président, a passé outre et donné la parole à M. Frantz Glénard, pour lire une protestation des médecins des hôpitaux de Lyon en faveur de la méthode de Brand, qu'un de nos académiciens avait jugée sévèrement il y a quelques semaines.

Après la lecture de M. Glénard, M. le président Hardy s'est levé : « Il est regrettable, Messieurs, que vous ayez cru devoir donner la parole à un étranger, ce travail ne pouvant être discuté et contenant des chiffres qui ne sont *peut-être pas exacts.* »

L'orateur qui descendait de la tribune, et qui ne pouvait répondre, avait lieu de se trouver blessé. L'Académie, qui avait jugé bon d'oublier son règlement, a voulu pousser la courtoisie jusqu'au bout, et réclamé la nomination d'une commission pour juger le travail de M. Glénard.

Nos lecteurs ont trouvé dans le numéro de jeudi dernier la protestation de nos confrères lyonnais. Afin qu'ils aient sous les yeux les principaux faits sur lesquels la commission fera bientôt son rapport, nous leur donnons ici la substance de la communication faite à la tribune par M. Glénard.

Lorsque notre collègue des hôpitaux de Lyon introduisit cette méthode en France en 1873, il s'appuyait alors sur 89 cas traités sous ses yeux pendant sa captivité à Stettin, sur 13 cas traités par lui-même dans les hôpitaux de Lyon pendant son internat, et enfin sur 42 cas traités après les siens et suivant ses indications, dans l'intervalle de quatre mois, par quatorze médecins lyonnais. Les 55 premiers cas traités à Lyon donnèrent 55 succès (1).

En 1874, pendant l'épidémie de Lyon, 386 malades traités par les bains froids, en moins de deux mois, donnèrent 32 morts = 8,3 p. 100, et l'on ne baignait alors que les cas graves dont la mortalité eût été, sans les bains froids, au moins de 50 p. 100.

Aujourd'hui, grâce aux bains froids, la mortalité des hôpitaux de Lyon est de 9 p. 100, celle de la pratique privée est réduite à 1 ou 2 p. 100.

Dans l'*Armée Française*, avec la méthode expectante, le taux de mortalité de la fièvre typhoïde est de 37 p. 100. De 1875 à 1880, pendant les six années dont la statistique est complète, il y a eu 26,047 fièvres typhoïdes avec 9,597 décès = 36,7 p. 100. En 1876, la mortalité a été de 1,675 décès pour 4,130 fièvres typhoïdes, c'est-à-dire 40,5 p. 100. La moyenne pour chaque année est de 4,341 fièvres typhoïdes avec 1,599 décès.

Dans l'*armée allemande*, où le traitement des bains froids par la méthode de Brand s'est généralisé peu à peu au point d'être aujourd'hui le traitement exclusif dans tous les hôpitaux militaires, le taux de mortalité de la fièvre typhoïde, jadis de 26 p. 100 avant les bains froids, est aujourd'hui tombé à 10 p. 100. De 1875 à 1880, il y a eu 14,835 fièvres typhoïdes avec 1,500 décès, et le taux de mortalité, qui était encore de 11 p. 100 en 1875, est en 1880 de 8,9 p. 100. La moyenne, pour chaque année, est de 2,460 fièvres typhoïdes, avec 253 morts.

Dans les 25 hôpitaux du 2e *corps d'armée* (commandement de Stettin), où le traitement des bains froids est plus rigoureusement exécuté, la mortalité, dont le taux était de 21 p. 100 avant les bains froids, est tombée, de 1874 à 1877, à 7,8 p. 100 sur 1,404 fièvres typhoïdes. De 1877 à 1881, en cinq ans, depuis la nomination d'un médecin principal, le docteur Abel, partisan absolu des bains froids suivant la méthode de Brand, il n'y a eu que 52 morts sur 1,225 fièvres typhoïdes = 4,2 p. 100. Dans les cinq principales garnisons du 2e corps, placées sous le contrôle immédiat de ce médecin principal, la mortalité depuis 1877, en cinq ans, est de 14 sur 764 typhiques = 1,8 p. 100. Et parmi ces garnisons, à l'hôpital militaire de Stettin, où le taux de mortalité de la fièvre typhoïde était de 26 p. 100, on ne compte, de 1877 à 1881, que 2 morts sur 186 malades = 1,6 p. 100. A l'hôpital militaire de Stralsund, depuis cinq ans, il n'y a encore, à ce jour, que 2 morts sur 300 malades = 0,6 p. 100.

Il est vraisemblable que ce taux de mortalité, de 1 à 4 p. 100, de la fièvre typhoïde, sera bientôt celui de cette affection dans toute l'armée allemande, où le traitement des bains froids va être imposé, on n'en peut pas douter, comme il l'est déjà dans les 25 hôpitaux du 2e corps d'armée.

Une simple innovation thérapeutique dans l'armée française, dit l'auteur en terminant, per-

(1) Frantz Glénard. Du traitement spécifique de la fièvre typhoïde par la méthode du docteur Brand (de Stettin). *Lyon médical*, 1873. — Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids à Lyon (juillet 1873-janvier 1874). *Lyon médical*, 1874, 80 pages.

mettrait de réduire aussi chez nous le taux actuel de mortalité de la fièvre typhoïde, de 37 p. 100 à 3 ou 4 p. 100, de ne perdre que 150 au plus au lieu de 1,600 hommes par an, et nous *épargnerait ainsi, chaque année, la perte d'un régiment entier* de jeunes soldats français, âgés de 20 à 24 ans et signalés comme robustes par les conseils de révision (1).

Voici textuellement les conclusions de M. Frantz Glénard : « La méthode de traitement de la fièvre typhoïde que j'ai l'honneur, au nom du Corps médical des hôpitaux de Lyon, de soumettre à la consécration de l'Académie de médecine, me paraît digne d'être substituée à la méthode classique de l'expectation pour les motifs suivants :

« *Le taux de mortalité de la fièvre typhoïde traitée par les* BAINS FROIDS *dépend de la rigueur avec laquelle on applique cette méthode de traitement, et peut être, par conséquent, indéfiniment réduit.*

« *Le taux de mortalité de la fièvre typhoïde traitée par la* MÉTHODE EXPECTANTE *dépend de la rigueur des épidémies et peut osciller, par conséquent, entre* 5 *et* 50 *p.* 100; *il est, en moyenne, de* 20 *p.* 100.

« *Le premier dépend du médecin, le second de la maladie.*

« Cette double conclusion est, pour la *méthode expectante*, celle même qui résulte des deux dernières discussions sur le traitement de la fièvre typhoïde à l'Académie de médecine de Paris, en 1848 et en 1882; elle repose sur une pratique bientôt séculaire.

« La conclusion relative à la *méthode des bains froids* repose sur les éléments suivants :

« *Vingt années d'observation* en Allemagne, *dix années d'observation* à Lyon;

« *Environ* 30,000 *cas de fièvre typhoïde traités par les bains froids*, en Allemagne, à Lyon, en Algérie, dans l'armée comme dans la population civile, dans des centaines d'épidémies, par un millier de médecins;

« *Réduction actuelle*, depuis les bains froids, *du taux de la mortalité* de la fièvre typhoïde à 9 p. 100 dans l'armée allemande et dans les hôpitaux civils de Lyon, au lieu de 26 p. 100; à 1 ou 2 p. 100 dans quelques hôpitaux militaires poméraniens et dans la pratique privée à Stettin et à Lyon;

« *Adoption définitive* de la méthode des bains froids par le *Corps médical de l'armée allemande*, ainsi qu'il résulte de ses rapports officiels au ministère de la guerre, et par le *Corps médical des hôpitaux de Lyon.*

« Si ces conclusions, reposant exclusivement sur des faits, doivent atteindre le but que je me suis proposé, c'est-à-dire appeler l'attention de l'*Académie de médecine* et du *Conseil de santé de l'armée* sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, je me permettrai de rappeler que, pour juger cette méthode, il faut : 1° l'appliquer; 2° se conformer strictement à ses préceptes; 3° s'assurer si, dans un cas donné, ces préceptes ont été respectés; 4° séparer, dans la statistique, les cas traités dès le début et ceux où la méthode de Brand a été tardivement employée. »

(1) Frantz Glénard. Valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde. Rôle du traitement par les bains froids dans les hôpitaux militaires. *Lyon médical*, 1881.

MEMORANDUM OBSTÉTRICAL

DE LA GROSSESSE (1).

MODIFICATIONS GÉNÉRALES DE L'ORGANISME.

APPAREIL RESPIRATOIRE. — A. MODIFICATIONS MÉCANIQUES. — Le diamètre antéro-postérieur du thorax d'une femme bien faite, et qui n'est pas enceinte, l'emporte sur le diamètre transversal, tandis que le diamètre transversal du thorax de l'homme l'emporte sur le diamètre antéro-postérieur. En d'autres termes, la femme a la poitrine plus profonde que large et l'homme a la poitrine plus large que profonde, disposition bien connue des statuaires. Idéalisée par l'art grec, elle a inspiré quelques-uns des plus beaux morceaux de la sculpture antique. (Cf. la poitrine du Thésée à celle de la Vénus de Médicis.) C'est bien plus à cause de cette disposition qu'en raison des différences de largeur du bassin osseux dans les deux sexes, différences vraiment minimes, que la femme paraît avoir les hanches plus développées que l'homme.

Pendant la grossesse, par le fait de l'ascension de l'utérus dans la cavité abdominale, et de la

(1) Suite. — Voir l'UNION MÉDICALE des 19 décembre 1882 et 4 janvier 1883.

compression du diaphragme par les viscères refoulés, le *diamètre antéro-postérieur de la base du thorax diminue presque toujours, et le diamètre transverse augmente. Au sommet du thorax, sous les aisselles, les changements sont moins constants et moins marqués.* Telles sont les conclusions auxquelles est arrivé Dohrn par des mensurations. Le professeur de Marbourg a donné la démonstration mathématique d'un fait qui saute aux yeux. Tout le monde peut remarquer que, d'ordinaire, la *taille* (base du thorax) d'une femme enceinte *s'élargit* avant même que la proéminence du ventre s'accuse, et que souvent les *épaules* (sommet du thorax) *remontent* et paraissent de plus en plus carrées à mesure que la grossesse avance.

La cause première de ces modifications (refoulement du diaphragme) est simple, mais leur analyse est complexe, comme tout ce qui touche au jeu de la cage thoracique. En somme l'immobilité relative, la gêne et l'effort du muscle phrénique entravent la respiration abdominale et costo-inférieure ; une compensation se fait par l'exagération de la respiration costo-supérieure, et de tout cela résultent : 1° une *dyspnée* proportionnée au degré d'engagement du segment inférieur de l'utérus dans l'excavation pelvienne ; 2° des déformations lentes, qui s'effacent également avec lenteur et qui ne disparaissent pas toujours. Il est rare que les épaules d'une femme qui a eu un enfant redeviennent ce qu'elles étaient avant la grossesse.

Beaucoup d'accouchées demandent qu'on leur mette un bandage de corps pour *refaire leur taille.* A condition d'être très serrés et de comprimer non seulement le ventre, mais la base du thorax, ces bandages ont une certaine efficacité, mais ils sont dangereux et produisent parfois un abaissement de l'utérus. De plus, ils empêchent le médecin de surveiller l'abdomen comme il convient. On ne doit se servir de bandage de corps que pour soutenir les parois abdominales des femmes qui toussent et il faut les serrer très modérément.

B. Modifications chimiques. — L'exhalation de CO^2 augmenterait suivant Andral et Gavarret.

APPAREIL DIGESTIF. — A. Organes. — Leurs modifications sont inconnues. L'état graisseux du foie signalé par Tarnier et Vulpian, paraît être lié à la lactation. C'est un phénomène des suites de couches. « Je me suis assuré par des autopsies de femmes enceintes, et en sacrifiant des femelles aux diverses périodes de la grossesse, que celle-ci n'a aucune influence sur la fonction stéatogène du foie. » (De Sinéty.)

B. Fonctions. — L'appétit est *excité, diminué* ou *perverti.* Certaines femmes digèrent avec peine les aliments d'assimilation facile, d'autres assimilent aisément les aliments les plus indigestes : ne mettez pas à un régime les femmes enceintes, sauf indications spéciales fournies par des antécédents pathologiques. *Quod sapit nutrit* (Pajot).

On fait mieux d'éviter les eaux minérales altérantes (bicarbonatées sodiques), surtout pendant la seconde moitié de la grossesse, de peur de diminuer la plasticité du sang ; mais, dans la première moitié, elles rendent service ainsi que les boissons gazeuses contre le *pyrosis* et les *vomissements.*

Ceux-ci sont trés fréquents au début de la gestation. Ils reviennent parfois quinze jours environ avant le terme ; mais alors ils ont une cause mécanique. Ils sont dus à la compression de l'estomac entre le diaphragme et l'utérus, qui ne s'abaisse pas dans l'excavation. Cherchez l'explication de ce défaut d'abaissement : (présentations mal assurées ; vicieuses ; hydramnios ; grossesse gémellaire, etc.).

Quant à la cause des vomissements du début, on peut dire, si l'on veut, qu'elle est d'ordre réflexe ; cela ne signifie pas grand'chose, mais c'est ce que nous enseigne la science contemporaine. Il y a sympathie entre l'utérus et l'estomac (Cazeaux). L'élève d'Ambroise Paré, Guillemeau, disait déjà : « Les nerfs de l'estomac ont intelligence et trafic avec ceux de la matrice. » Cette explication date de 1641 et est renouvelée des âges les plus reculés.

Dans l'ordre d'apparition des signes de probabilité de la grossesse, le vomissement est des premiers. Quelquefois il manque. Son apparition a lieu d'ordinaire le matin, au réveil, au saut du lit. Les femmes rejettent quelques glaires et de la bile. Les vomissements alimentaires qui surviennent parfois après les repas peuvent être d'une abondance telle qu'on se demande si la totalité de la nourriture n'est pas rejetée ; mais, *lorsque l'état général reste bon,* on est certain que la femme conserve une certaine quantité d'aliments. Ces *vomissements* sont encore *physiologiques.*

Si l'état général devient mauvais, la femme est en proie aux *vomissements pathologiques.* On les a nommés incoercibles. Il n'y a pas de thérapeutique contre cet accident, qu'il soit bénin ou grave. Tout réussit et tout échoue ; mais, dans le cas de vomissements pathologiques, les diverses médications ayant été essayées *en leur temps*, le médecin possède une arme sûre pour sauver la femme : c'est l'avortement provoqué, employé *au moment opportun.*

L'hypersécrétion salivaire ou *ptyalisme*, dont la cause échappe à la science comme celle

des vomissements, et dont la thérapeutique n'est pas moins nulle, n'altère pas d'une façon grave la santé des femmes, ce qui n'est pas peu surprenant, si l'on songe que les malheureuses aux prises avec cette torture de chaque minute et d'une durée de neuf mois dans certains cas, peuvent remplir deux seaux de toilette par jour. A en juger d'après un petit nombre de faits dont nous avons eu connaissance, le ptyalisme irait en diminuant à mesure que la grossesse approche du terme. Dans un cas, il a cessé à partir du sixième mois environ. Dans un autre, il s'est renouvelé pendant cinq grossesses successives et a duré sans trêve, jour et nuit, depuis la conception jusqu'à l'accouchement. Une heure après, il avait disparu. La quantité de salive a été de quatre cuvettes moyennes pleines à déborder, par vingt-quatre heures, jusqu'au cinquième mois ; puis diminution graduelle. Deux grands crachoirs seulement, à partir du septième mois jusqu'au neuvième. Une des grossesses a été compliquée d'hydramnios.

La *constipation* est habituelle chez les femmes enceintes. Elle est remplacée quelquefois par de la diarrhée à l'approche du terme. On ne saurait attribuer seulement à la compression du rectum par l'utérus, cette constipation. C'est un phénomène physiologique et non mécanique. On y remédie par des laxatifs légers.

Dr H. STAPFER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 janvier 1883. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

SOMMAIRE. — De la suture osseuse dans l'amputation ostéo-plastique du pied. — Rapport sur une observation d'opération de thyroïdectomie par la ligature élastique et l'écraseur linéaire. — Communication sur l'ostéite aiguë pendant la croissance. — Présentation de malade : Résection complète du poignet.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. VERNEUIL présente un malade auquel M. Terrillon, remplaçant M. Verneuil, pendant les vacances dernières, dans son service de l'hôpital de la Pitié, pratiqua l'amputation ostéo-plastique du pied, suivant le procédé de M. Léon Le Fort. La cicatrisation de la plaie s'est parfaitement effectuée et l'on peut constater, à l'examen, que le moignon ne laisse rien à désirer. Malheureusement, il s'est produit une pseudarthrose entre le fragment calcanéen et le tibia, de telle sorte que la marche est devenue difficile et même impossible par suite de la mobilité du fragment calcanéen qui, à chaque effort, à chaque pas, subit un déplacement latéral pendant lequel des tiraillements s'exercent sur la cicatrice.

M. Le Fort, il est vrai, affirme qu'il n'a jamais observé de pseudarthrose dans les opérations assez nombreuses qu'il a pratiquées lui-même et que les os se sont toujours soudés très exactement. Il s'agit donc ici d'un cas exceptionnel, mais qui doit néanmoins appeler l'attention des chirurgiens sur l'utilité qu'il y aurait, dans cette opération, de s'appliquer à maintenir le fragment calcanéen dans le but d'assurer la soudure des extrémités osseuses, soit au moyen de la suture osseuse, soit par un autre procédé.

En ce qui concerne le malade opéré par M. Terrillon, M. Verneuil espère arriver à corriger les fâcheux effets de la pseudarthrose à l'aide d'un petit appareil prothétique destiné à immobiliser et à maintenir le fragment calcanéen.

M. LE FORT déclare que, dans les opérations qu'il a pratiquées lui-même, il n'a jamais vu se produire de pseudarthrose ; mais il a toujours été frappé des difficultés considérables que l'on éprouve à maintenir en contact le fragment calcanéen avec le tibia. C'est pourquoi M. Léon Le Fort serait tout disposé à mettre en pratique le procédé de la suture osseuse qui a donné, dans un cas, à M. Follet (de Lille) d'excellents résultats.

Chez le malade de M. Verneuil, M. Léon Le Fort constate que le fragment calcanéen ne répond pas à la face inférieure du tibia, ce qui explique aisément la facilité de son déplacement pendant la marche. D'ailleurs, ainsi que M. Farabeuf vient d'en faire justement la remarque, l'opération pratiquée chez ce malade est plutôt celle de Pirogoff que celle de M. Léon Le Fort. La section du calcanéum et du tibia a été pratiquée, en effet, très obliquement, comme dans le procédé de M. Pirogoff, et cette obliquité rend la soudure des os beaucoup plus difficile.

— M. DELENS, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Marc Sée et Richelot, lit un rapport sur une observation de thyroïdectomie, communiquée par M. le docteur Beauregard (du Havre). Ce chirurgien, après avoir cherché à disséquer la tumeur thyroïdienne, dut y renoncer par suite, dit-il, de la largeur du pédicule et de l'abondance du plexus veineux qui

l'entouraient. Il traversa la base de la tumeur par deux tiges d'acier en croix et fit avec un gros fil de caoutchouc une ligature au-dessous. Mais la constriction resta imparfaite et, au bout de cinq jours, après un commencement de sphacèle, il y eut une hémorrhagie abondante qui obligea l'opérateur à appliquer une chaîne d'écraseur et à sectionner tout ce qui restait de la tumeur. L'opéré a heureusement guéri.

M. le rapporteur, après avoir donné un résumé de l'observation de M. Beauregard, y ajoute les réflexions suivantes :

« L'impression qui se dégage de la lecture de cette observation est complexe. Le succès obtenu est fort beau et assurément incontestable. Mais devons-nous en conclure que la dissection par l'instrument tranchant reste impuissante, dans certains cas, à débarrasser les patients de ces sortes de tumeurs ? Faut-il y voir un exemple favorable d'application de la ligature élastique, ou bien l'écrasement linéaire doit-il obtenir les honneurs de la guérison ? »

M. le rapporteur pense qu'il y a des cas dans lesquels l'achèvement de la dissection d'une tumeur thyroïdienne peut être rendu impossible, même aux mains les plus habiles, par le développement excessif des vaisseaux. Toutefois, il ne semble pas que la description donnée par M. Beauregard apporte la preuve qu'il existait des difficultés insurmontables chez son malade et l'on peut demander si l'emploi des pinces à forcipressure, la ligature méthodique des troncs veineux et artériels et le détachement des adhérences, à l'aide de la spatule ou de tout autre instrument mousse, n'eussent pu venir à bout des difficultés.

D'autre part, la ligature élastique pourrait sans doute être essayée comme méthode primitive d'ablation, mais elle ne pourrait réussir qu'à la condition d'exercer d'emblée une constriction capable d'amener la mortification totale de la tumeur, et M. Beauregard a été empêché de donner une tension suffisante à son fil par les accidents asphyxiques qui se produisaient.

Quant à l'écraseur linéaire, si l'on envisage la seule observation de M. Beauregard et si l'on ne consultait que la confiance habituelle de la plupart des chirurgiens dans cet excellent instrument, on serait tenté de croire qu'il peut assurer l'hémostase dans l'ablation des tumeurs thyroïdiennes. Mais, malgré quelques cas heureux, il ne faut pas se hâter d'en généraliser l'emploi. Si la section a pu être opérée en un temps relativement très court (une demi-heure) dans l'observation de M. Beauregard, sans qu'aucune hémorrhagie se soit produite, c'est que depuis cinq jours, la constriction du fil élastique avait déjà modifié les tissus. Si l'on devait d'emblée appliquer l'écraseur, il faudrait agir avec une lenteur telle que cette application deviendrait impraticable.

Chassaignac avoue avoir eu dans sa pratique deux cas désastreux. Pour conserver à l'écraseur ses propriétés utiles, il faut, dit-il, que l'opération soit très lente et dure un jour entier, deux jours peut-être. Cette proposition de l'inventeur de la méthode devra faire réfléchir les chirurgiens qui voudraient l'appliquer à l'ablation des tumeurs thyroïdiennes.

« En résumé, dit en terminant M. le rapporteur, l'intéressante observation de M. Beauregard montre les ressources que la ligature élastique et l'écrasement linéaire peuvent fournir au chirurgien en présence de certaines difficultés ou complications opératoires ; mais nous pensons que le bistouri et une dissection attentive restent, jusqu'à nouvel ordre, la méthode la plus sûre et la plus générale pour l'ablation des tumeurs thyroïdiennes. »

En conséquence, M. le rapporteur propose : 1° d'adresser à M. Beauregard une lettre de remercîments ; 2° de déposer son observation dans les Archives. (Adopté.)

M. Richelot demande la parole pour appuyer les doutes exprimés par M. le rapporteur sur la légitimité de l'hésitation en vertu de laquelle le chirurgien a cru devoir s'arrêter pour terminer par la ligature élastique une opération commencée avec le bistouri ; il paraît s'être arrêté, par crainte de l'hémorrhagie, au moment où il n'y avait plus qu'à séparer le corps thyroïde de la trachée. M. Richelot ne s'explique pas cette hésitation, précisément au moment où l'opération devient plus facile et moins dangereuse.

Dans un cas où existaient des adhérences très intimes, très étroites entre le corps thyroïde et la trachée, par suite de la présence d'un tissu lardacé très dense, M. Richelot a été obligé de disséquer patiemment, avec la pointe du bistouri, ce tissu pathologique ; il lui eût été impossible de mettre deux broches en croix, comme dans le cas de M. Beauregard ; il n'en a pas moins terminé l'opération avec le bistouri. Encore un coup, M. Richelot ne voit pas quelle crainte a pu arrêter l'opérateur, et l'a forcé de faire une ligature élastique.

M. Delens répond en quelques mots. De son explication, il résulte que M. Beauregard s'est arrêté devant des vaisseaux volumineux et a mis en usage la ligature élastique, non pas dans le dernier temps de l'opération, mais avant d'avoir attaqué les quatre pédicules vasculaires de la glande thyroïde (artères et veines thyroïdiennes).

— M. Larger fait la communication suivante :

Depuis Chassaignac, dit-il, les classiques distinguent l'abcès sous-périostique ou périostite phlegmoneuse d'avec l'ostéomyélite. Le mémoire de Lannelongue tend à démontrer que l'affection est toujours une ostéomyélite, et par conséquent l'inanité de l'existence de la périostite phlegmoneuse. Aux faits cités par M. Lannelongue, vient s'ajouter celui-ci qui est particulièrement démonstratif :

Observation. — Jeune garçon de 12 ans 1/2. Scarlatine bénigne. Chute antérieure ayant sans doute déterminé une entorse juxta-épiphysaire du tibia, passée inaperçue. Pendant la convalescence de la scarlatine, apparaît un point douloureux immédiatement au-dessous du cartilage conjugal supérieur du tibia, avec un peu de gonflement, fièvre légère, 38°. En deux ou trois jours, la douleur augmente considérablement, la fluctuation profonde se manifeste, l'œdème des parties molles reste limité à la tête du tibia, mais sans bourrelet terminal, ni rougeur à la peau. L'état général, d'abord bénin, devient rapidement typhoïde.

On incise jusqu'à l'os, et l'on trouve un manchon périostique de pus phlegmoneux entourant toute la partie supérieure du tibia gauche. C'étaient bien là les caractères classiques de la périostite phlegmoneuse. Or, la trépanation de l'os à ce niveau, mit à nu un vaste foyer purulent occupant toute la tête du tibia, foyer qui fut complètement *évidé*. On constata l'intégrité absolue de la moelle dont le canal était séparé du foyer purulent par une certaine épaisseur de tissu osseux sain.

Il se déclara ensuite une arthrite purulente du coude droit et gonflement douloureux de l'épiphyse inférieure de l'humérus. Aspiration, immobilisation, guérison avec ankylose.

Aujourd'hui, le jeune malade est complètement guéri.

Cet exemple corrobore les deux conclusions capitales du mémoire de Lannelongue : 1° l'inanité de l'existence du dualisme de Chassaignac (abcès sous-périostique, ostéomyélite) ; 2° la nécessité de la trépanation précoce de l'os, à l'endroit le plus douloureux à la pression, qui est aussi celui par où débute le mal, c'est-à-dire au niveau de ce que Lannelongue a appelé le *bulbe osseux*.

La maladie est donc *une* ; mais le terme *ostéomyélite* de Trélat et Lannelongue est impropre, en effet : 1° la maladie peut exister même dans les os longs et avec un caractère de gravité considérable, sans que le canal médullaire soit atteint (l'exemple ci-dessus le prouve) ; 2° elle existe dans les os courts et dépourvus de canal médullaire.

L'ostéomyélite (inflammation du canal médullaire, contenant et contenu) n'est donc qu'une complication de la maladie, au même titre que le décollement des épiphyses, l'arthrite purulente, etc.

Le nom générique que l'auteur propose est celui-ci : *phlegmon osseux*. C'est, en effet, le phlegmon osseux qui en est la caractéristique : l'histologie (Cornil et Ranvier) et la clinique le prouvent.

La maladie présente deux formes qui ne sont pas toujours distinctes (formes aiguë et chronique de Gosselin) : la première est le *phlegmon diffus osseux* ; la deuxième est le *phlegmon osseux suppuré simple ou localisé*.

Le point de départ de ces phlegmons osseux est dans le voisinage (périoste ou os) du cartilage de conjugaison ou *conjugal*, d'où le nom de : *phlegmon osseux juxta-conjugal*, terme qui a le double avantage de marquer l'*origine* de la maladie et l'*âge du sujet*.

C'est une maladie *infectieuse*, *virulente* même, à *microbe* en un mot (Pasteur) : d'où la nécessité de la trépanation précoce, à laquelle l'auteur ajoute encore l'*évidement*.

Enfin l'auteur fait rentrer dans le cadre de cette maladie les *abcès thoraciques* des jeunes soldats et les *phlegmons diffus du thorax* ; il cite un exemple de ces derniers tiré de sa pratique personnelle.

Ce qui prouve que les *abcès thoraciques* des jeunes soldats ne sont que des *phlegmons juxta-conjugaux des côtes*, c'est : 1° l'*âge* ; les jeunes soldats sont à la fin de l'adolescence, époque du développement maximum du thorax (prouvé par les mensurations pratiquées dans l'armée), et où par conséquent les côtes sont le siège du travail *formatif* le plus considérable ; 2° *les conditions de développement de ces abcès*, telles que : fatigues, surmenage, froid et humidité ; fréquence de fièvres éruptives qui ont toutes, chez les jeunes soldats, un caractère infantile (Léon Colin) ; 3° enfin leur siège.

— M. Polaillon présente une malade à laquelle il a pratiqué avec succès la résection du poignet.

— M. le Président annonce que la séance annuelle aura lieu mercredi prochain, 17 janvier. — A. T.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai offert la primeur de l'empyème évacué par le colon à l'UNION MÉDICALE. Son savant Comité de rédaction me fait l'honneur de réserves dont je suis flatté. Si la nouveauté du cas les explique, j'ai le regret de l'avertir qu'elles ne reposent pas sur une base solide. Je lis *colon ascendant*. De là le doute, et la conjecture d'un kyste hydatique dans un foie qui était parfaitement sain. Mon manuscrit porte *colon descendant*, ce qui est bien différent. Après cette rectification fondamentale, j'espère qu'il changera d'avis et souscrira à mon opinion, qu'en présence du malade il eût à coup sûr lui-même formulée.

Il s'étonne de l'absence d'exploration au moment critique. Mais je me suis exprimé ainsi : « Quant à l'empyème, encore bien qu'il se dérobât absolument à toute recherche prudente, la compression manifeste du canal de Pecquet, du sympathique et des nerfs voisins nous tenait en éveil. » Par quelle singularité cette phrase significative a-t-elle éte oubliée ? Même omission de « la langue conoïde, mais *non tripartite* », symptôme rassurant, que j'avais même étayé de quelques mots explicatifs.

Agréez, etc. Léon MARIE.

La Rédaction s'empresse de rectifier l'erreur de mot commise dans l'observation que nous a comuniquée notre honorable confrère (UNION MÉD. du 11 janvier, p. 55, ligne 8). Mais elle ne croit pas cette erreur aussi « fondamentale ». Elle a parfaitement compris que l'évacuation purulente s'est faite du côté gauche, dans le colon *descendant* ; il est question, dans la note de la Rédaction (p. 55, lignes 20 et 21), des symptômes « prédominant d'abord à droite, puis se localisant à l'hypochondre gauche ». Mais ce fait ne contredit nullement l'hypothèse d'un kyste hydatique. M. Léon Marie croit-il que les collections du foie s'ouvrent toujours à droite ?

La Rédaction demande pardon à M. Léon Marie d'avoir oublié la phrase relative au canal de Pecquet et aux organes voisins. Cette phrase ne lui paraît pas absolument « significative » quant à l'existence de l'empyème, en l'absence des signes bien constatés de cette affection. Quoi qu'il en soit, elle regrette que son metteur en pages ait reculé devant les hardiesses anatomiques de l'auteur.

Elle regrette aussi d'avoir oublié la langue « non tripartite ». Heureusement, l'omission est sans importance pour le point en litige ; car les « mots explicatifs » ajoutés en note roulaient principalement sur la fièvre typhoïde et sur la manière dont les médecins d'aujourd'hui la traitent, ou plutôt la produisent par leurs traitements (d'après l'auteur). Il ne s'agissait pas du diagnostic de l'empyème.

FORMULAIRE

POTION ANTIVOMITIVE. — CHÉRON.

1° Bi-carbonate de potasse . . . . 5 grammes.
Bromure de potassium. . . . . 2 —
Eau distillée . . . . 60 —

Faites dissoudre.

2° Acide citrique . . . . 4 grammes.
Sirop de sucre . . . . 40 —
Eau distillée . . . . 120 —

Faites dissoudre.

On verse dans un verre une cuillerée à café de la première solution, une cuillerée à bouche de la seconde; on agite et on boit rapidement, toutes les demi-heures ou toutes les heures. — Ce remède a arrêté les vomissements, même pendant la période aiguë de la pelvi-péritonite localisée. Il s'est également montré efficace contre les nausées et les vomissements qui s'observent, fréquemment, chez les femmes atteintes d'affections diverses de l'appareil utéro-ovarien.

N. G.

COURRIER

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 17 janvier 1883, à 3 heures et demie.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. Léon Labbé, président; — 2° Compte rendu des travaux de l'année 1882, par M. Nicaise, secrétaire annuel; — 3° Proclamation des prix pour l'année 1882.

CONCOURS. — Le lundi 12 février 1883, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices.

MM. les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le ervice de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 15 janvier et sera clos le lundi 29 janvier, à trois heures.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Sont proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1881-1882 :

Elèves en médecine. — Première année : deuxième prix, M. Barbieri. — Deuxième année : prix, M. Regnault ; mention honorable, MM. Ferrand et Foata. — Troisième année : deuxième prix, M. Louge ; mention honorable, M. Campana. — Quatrième année : premier prix, M. Oddo ; deuxième prix, M. Imbert.

Élèves en pharmacie. — Première année : prix, M. Vizern ; mention honorable, MM. Gueirard et Liotard. — Deuxième année : mention honorable, M. Sasia.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 29 décembre 1882 ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après :

Au grade de médecin-major de première classe : (choix) M. Quod (Mathieu-Albert), médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine (pour ordre), détaché à l'hôpital de Sousse (Tunisie), en remplacement de M. Lepelletier, mis en non-activité à titre d'infirmités temporaires. — Reste maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : deuxième tour (ancienneté). M. Bernard (Adolphe-Charles-Louis), médecin aide-major de première classe à la légion étrangère, en remplacement de M. Quod, promu. — Reste maintenu provisoirement à son poste actuel.

A un emploi de médecin aide-major de première classe (tour de la non-activité) : M. Raynaud (Noël), médecin aide-major de première classe en non-activité par retrait d'emploi, en remplacement de M. Bernard, promu. — Est affecté au 17[e] régiment d'artillerie à La Fère.

— M. le docteur Carof, médecin-adjoint au lycée de Brest, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Penquer, décédé.

ACCLIMATATION DU THÉ EN EUROPE. — Les essais d'acclimatation du thé dans la Loire-Inférieure sont en très bonne voie : des pieds greffés sur camélias auraient parfaitement supporté, en pleine terre, des températures inférieures à zéro. En Sicile, près de Messine, 120 arbustes, plantés depuis trois ans, sont très vigoureux, couverts de feuilles et de semences. Seulement l'arome se conservera-t-il sans altération ?

STATISTIQUE DU PAPIER. — D'après une enquête citée par la *Revue industrielle*, il existe actuellement dans le monde 3,985 manufactures, produisant annuellement 952 millions de kilogrammes de papier, fait de toutes sortes de substances (chiffons, paille, alfa, etc.). La moitié, soit 476 millions de kilogrammes, sert aux besoins de l'imprimerie proprement dite. Sur ces 476 millions, les journaux en prennent 300. Les gouvernements consomment annuellement pour leurs services administratifs 100 milions de kilogrammes de papier, les écoles 90 millions, le commerce 120 millions, l'industrie 90 millions, les lettres et correspondances privées 90 millions. Enfin 192,000 ouvriers (hommes, femmes ou enfants) sont employés dans cette industrie.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cie, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 16 janvier. — Ni la clarté ni la précision ne manquent à M. Germain Sée dans l'exposition de ses idées sur la fièvre typhoïde. Et cependant, malgré la préférence très nette qu'il affirme pour le sulfate de quinine et l'alcool, préférence qui sera, dans une prochaine séance académique, appuyée de nouveaux arguments, tout son discours aboutit à démontrer une fois de plus l'incertitude de la science contemporaine sur la théorie de la fièvre, la nature des agents infectieux, la valeur relative des moyens thérapeutiques. Peut-être verrons-nous mieux, un autre jour, où l'auteur veut nous conduire ; quant à présent, nous ne trouvons guère dans ses paroles que des critiques et des négations.

M. Sée demande à ses collègues ce que veut dire « l'expectation armée. » Puis il passe aux microbes, et nous y montre beaucoup d'érudition ; mais nous savions de reste que la fièvre typhoïde n'a pas encore son microbe authentique. Il parle avec peu d'enthousiasme des antiputrides et de la série aromatique acide, dont les termes divers « ne sont pas toujours aromatiques et ne sont jamais acides. » A ce propos, il dit en fort bons termes combien la médication antiseptique est illusoire, en tant qu'elle a pour prétention de poursuivre dans le sang les parasites qui pullulent ; en réalité, les agents de cet ordre sont avant tout des antipyrétiques.

Ici viennent d'intéressants détails sur Liebermeister, la fièvre et l'hyperthermie. L'importance des températures élevées est mise en lumière, et M. Hardy pris à partie pour les doutes qu'il a exprimés sur elle.

Incidemment, les bains froids ont occupé l'orateur ; il nous cite les résultats d'un médecin lyonnais, dont les chiffres témoignent, mais fort timidement, en faveur de la méthode réfrigérante, lavements froids, compresses, bains, etc. ; puis il ajoute : « Voilà des chiffres qui n'ont rien d'invraisemblable, et sur lesquels on peut discuter. » Allusion claire à la lecture de M. Frantz-Glénard. L'orateur est-il prudent de s'exprimer ainsi, et les chiffres cités par lui peuvent-ils être considérés comme s'appliquant à la méthode de Brand, rigoureusement suivie ? Nous attendons avec curiosité le rapport de la commission nommée dans la séance du 9 janvier, rapport qui doit mettre en pleine lumière l'opinion des médecins de la capitale sur la méthode des bains froids.

Le discours de M. Germain Sée, un peu dans la forme d'une leçon clinique à l'Hôtel-Dieu, a laissé le temps à M. Vallin, professeur au Val-de-Grâce et candidat dans la section d'hygiène et de médecine légale, de lire à la fin de la séance une note sur les neutralisants du suc tuberculeux.

Le concours des prix de l'internat. — Nous avons dit qu'après avoir mis à la disposition des étudiants tous les éléments de travail et mieux organisé les examens probatoires, l'administration aurait fait tout ce qu'elle devait pour produire de bons médecins. Tout ce qne l'État peut exiger des élèves qui lui demandent le titre officiel de docteurs, c'est la preuve de savoir fournie par les examens ; hors de cette preuve, et dans la suite des études, le principe de l'obligation est vexatoire, inefficace.

Mais l'administration ne raisonne pas ainsi ; elle pense toujours obtenir davantage en prenant des airs de pédagogue. Elle a eu la malencontreuse idée d'introduire

l'obligation, non dans les examens, ce qui est naturel, non dans les études d'amphithéâtre, ce qui est pardonnable, mais dans les concours!

La médaille d'or, disputée entre les internes de troisième et de quatrième année, est un prix enviable, qui donne de sérieux avantages et place le vainqueur au premier rang pour la lutte du Bureau central. Mais il n'y a pas une médaille d'or pour tout le monde, ni même pour tous ceux qui seront un jour médecins des hôpitaux; on peut vivre sans elle, et fort bien réussir. Cependant l'administration, cédant à son amour de réglementer, a prétendu forcer les internes à la désirer violemment; elle a rendu le concours obligatoire. Qu'est-il arrivé? Il y a quelques années, une dizaine de travailleurs luttaient sérieusement, à la fin de leur internat, pour conquérir le titre de lauréats des hôpitaux. Le mois dernier, quand s'est achevé le concours de la médaille d'or, il y avait, comme à l'ordinaire, quatre mentions à décerner; sept juges pour mener à bien cette besogne; et, chose lamentable, il y avait trois candidats! Quant au public attiré par ce brillant tournoi, il se composait des concurrents eux-mêmes. Il est vrai que tous les internes, avec un zèle admirable, étaient venus faire acte de présence, fabriquer en commun une apparence de composition, et la lire sans vergogne devant un jury qui perdait son temps et prêtait la main, non sans se plaindre, à une ridicule comédie.

La conclusion à tirer de cette histoire est que, si l'administration peut obtenir par des règlements la présence des élèves, elle ne peut se flatter d'obtenir davantage. Si les internes lui glissent ainsi dans la main quand elle croit les saisir, elle aurait tort d'en accuser leur âge et leur esprit de contradiction; ce manque de bon vouloir est dans la nature des choses. En effet, c'est un non-sens d'exiger d'un médecin qu'il fasse des efforts pour ajouter à son titre professionnel un honneur de plus, un ornement dout il est libre de faire bon marché. Il est naturel d'imposer des examens probatoires à ceux qui veulent acquérir un diplôme officiel; mais l'amour de la gloire est toujours facultatif. Dans notre organisation médicale, ces deux mots : *concours* et *obligation*, jurent ensemble. — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS D'ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME SURVENU DANS LE COURS D'UN RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU;

Lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 13 octobre 1882,

Par H. HALLOPEAU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine,

et TUFFIER, interne des hôpitaux.

Manifestation rare du rhumatisme aigu, l'érythème scarlatiniforme a été signalé plutôt qu'il n'a été décrit par les auteurs; il n'y en a dans la science qu'un très petit nombre d'observations et il n'est encore qu'incomplètement connu. Aussi croyons-nous utile de communiquer à la Société le remarquable exemple que nous en avons eu récemment sous les yeux. Voici l'observation :

OBSERVATION. — Gérard Gœstchaclick, âgé de 57 ans, entre le 24 février, 82, salle Broussais, n° 6, dans le service de M. Hallopeau (hôpital Saint-Antoine).

C'est un homme de taille moyenne, vigoureux pour son âge et bien constitué. Il se présente avec les signes d'un rhumatisme articulaire subaigu.

Les antécédents héréditaires n'ont que peu de valeur. Les parents sont morts à un âge très avancé, 60 et 70 ans, et n'auraient jamais été malades tant que notre homme les a connus.

Lui-même, dans son enfance, n'a eu aucun accident strumeux, ni impétigo, ni adénites cervicales, ni affections oculaires. Il eut à 20 ans une « fluxion de poitrine » ; à 23, une fièvre typhoïde, et en 1870 la variole dont il porte encore des traces, le tout sans aucune complication. Jamais il n'a eu ni blennorrhagie ni syphilis.

Il y a quatre ans, il fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu qui dura trois semaines. Il eut dans les derniers jours de ses poussées articulaires une affection cutanée digne de remarque. En deux ou trois jours, tout son corps devint rouge, luisant, fut le siège de vives

cuissons, puis une desquamation commença au bout de quatre ou cinq jours et dura quinze jours. Cette desquamation était extrêmement abondante, son lit était rempli de « pellicules » ; on était obligé de le changer tous les jours. Au bout d'environ deux septénaires, les accidents s'amendèrent et le malade guérit complètement de son rhumatisme et de son affection cutanée; il ne lui resta aucune plaque de desquamation sur le corps. Depuis cette époque, il n'eut à se plaindre que de quelques varices. De temps en temps les pieds gonflaient le soir, et, le lendemain, le gonflement disparaissait.

La maladie qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a quatre jours par des douleurs assez violentes dans le poignet droit et la main droite. Il n'avait pas fait d'excès de travail et ne se rappelait pas avoir pris froid les jours précédents. Son atelier et son logement n'étaient pas humides. Ces douleurs semblaient donc être survenues sans cause.

D'abord intermittentes, elles devinrent continues et l'empêchèrent de travailler dès le lendemain. En même temps la main et le poignet devinrent le siège d'un gonflement rosé. Les jours suivants, le coude était un peu douloureux. Un peu d'inappétence, une soif assez vive, un peu d'anxiété et de céphalalgie constituèrent la réaction générale. Ces accidents persistèrent et obligèrent le malade à entrer à l'hôpital le quatrième jour de l'affection.

Nous constatons alors un gonflement considérable avec un peu de rougeur de la main droite. L'articulation du poignet est gonflée, très douloureuse à la pression, les mouvements actifs sont impossibles, les mouvements provoqués sont très douloureux ; les articulations métacarpo-phalangiennes et celles des phalanges sont également boursoufflées, douloureuses à la pression, mais sans changement de coloration de la peau. Le coude est douloureux, surtout au niveau des ligaments latéraux et des parties latérales de l'olécrâne ; on peut lui imprimer quelques mouvements sans que le malade s'en plaigne. Les autres jointures sont normales.

Les phénomènes généraux sont peu accentués. La langue est un peu saburrale, le pharynx sec, sans inflammation. L'inappétence est presque complète, la soif assez vive, les selles normales. L'urine, haute en couleur et riche en sels, ne contient pas d'albumine.

Le cœur, les vaisseaux et l'appareil respiratoire sont indemnes.

La peau, un peu chaude, n'est pas le siège de sueurs abondantes; la température rectale est de 38°9.

L'ensemble de ces symptômes permet de porter le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

On enveloppe les articulations douloureuses dans la ouate, après une onction de baume tranquille; on fait prendre 6 grammes de salicylate de soude.

Le lendemain, l'amélioration est manifeste ; les douleurs ont diminué ; le malade ne souffre plus quand il est au repos; les mouvements provoqués sont encore douloureux ; le gonflement diminue. L'état général est assez bon; la température oscille de 38°5 à 38°.

Les deux jours suivants, l'apyrexie est complète ; les douleurs et le gonflement ont disparu ; le cœur est toujours indemne; on baisse la dose de salicylate à 2 grammes et on permet une alimentation légère. 38° le soir.

Le 1er mai, les douleurs et le gonflement se manifestent dans le bras gauche. Le coude, l'épaule et le poignet sont le siège d'un rhumatisme aigu avec rougeur et impotence du membre. Une réaction générale assez vive l'accompagne ; céphalalgie, inappétence, soif vive, élévation thermique, 39° le soir même. On reprend le même traitement : baume tranquille et ouate localement; 6 grammes de salicylate, bouillon et lait, comme traitement interne.

Les accidents locaux, gonflement et rougeur, persistent pendant les trois jours qui suivent ; les douleurs disparaissent presque complètement dès le lendemain ; les mouvements actifs provoquent encore de la douleur. Les phénomènes généraux persistent pendant le même temps ; quelques sueurs peu abondantes et l'absence d'altérations cardiaques sont les seuls faits dignes de remarque. La température oscille entre 38° et 39°. On continue les 6 grammes de salicylate pendant les deux premiers jours, puis on descend à 4 grammes.

Le quatrième jour, la température tombe à 38° le soir ; le gonflement a presque disparu et le malade demande à manger.

Les 5, 6 et 7 mars, on regarde le malade comme convalescent; accidents locaux et généraux ont disparu ; la température rectale est de 37°2.

En somme, notre malade a eu deux poussées de rhumatisme articulaire subaigu et paraît en voie de guérison. C'est à ce moment que se manifestent les accidents cutanés.

Déjà, le 3 mars, on remarque sur le front du malade une légère desquamation occupant la région frontale. Les écailles sont minces, peu adhérentes, blanches, de la largeur d'une pièce de 4 sous, sans suintement ni vésicules. On regarde cette dermatose comme le vestige d'un ancien eczéma et on ne s'en inquiète pas.

Le 8, le malade éprouve un certain malaise dans la matinée ; il est pris de légers frissons dans l'après-midi ; le soir, il ne mange pas ; la langue est sale. Mais il n'accuse aucun signe

d'angine; le pharynx, examiné, est normal; la température monte brusquement de 37°6 à 39°6.

Le lendemain, à la visite, on trouve toute la surface du corps d'une teinte rouge vif. Sur la face, la teinte est moins manifeste, parce que le malade porte toute sa barbe; mais, sur les joues et les paupières, elle est très évidente; la peau est boursoufflée, surtout au niveau des paupières; sur la poitrine, le dos, les bras, les cuisses et les jambes, la teinte est d'un rouge plus vif que celui de l'érysipèle, ressemblant à celui de la scarlatine. La peau n'est pas lisse; lorsqu'on passe les doigts à la surface, elle donne, surtout aux membres, la sensation de la chair de poule. On ne trouve, sur toutes ces parties, aucune trace de vésicules. Les membres ne semblent que peu gonflés; la peau est un peu tendue. Sur le dos des pieds, l'éruption offre les mêmes caractères; la région plantaire n'a pas changé d'aspect.

Au niveau de l'éminence thénar et du pli de flexion du poignet, on trouve des élevures extrêmement petites, moindres que la tête d'une épingle. Ces élevures sont blanches et renferment un peu de liquide; ce sont des petites vésicules. Elles n'existent que dans ces points; il est impossible d'en trouver trace autre part.

Sur le front, les écailles dont nous avons parlé persistent avec leur caractère. Tout le corps est le siège d'une sensation de chaleur très intense et d'une cuisson très pénible. Les symptômes généraux sont peu accentués : céphalalgie, inappétence, soif vive, langue sale, pharynx normal, constipation. T. 37°9-38°2.

Le lendemain, la rougeur est un peu moins vive, mais encore très nette sur tous les points. La fièvre est tombée et le malade est moins agité et moins courbaturé. Les douleurs articulaires n'ont pas reparu. On fait couvrir la peau de poudre d'amidon.

Les 10 et 11, l'état général est assez bon et la teinte rouge diminue, mais la peau est d'une sécheresse remarquable. T. R. 37°4, 38°.

Le 12, une nouvelle poussée a lieu exactement dans les mêmes conditions que la première, mais avec une réaction générale moindre. Le matin, malaise, courbature, inappétence; le soir, 38°4. Tout le tronc est d'une teinte rouge scarlatineuse semblable à la première ; on y sent également ces élevures ressemblant à de la chair de poule ; la rougeur est uniforme, sans plaques distinctes, sans intervalles de peau saine, elle se termine au cou en mourant ; il en est de même du côté des membres où elle fait complètement défaut. Cette rougeur luisante devient moins vive les jours suivants, et laisse la peau lisse et tendue. Les phénomènes généraux, d'ailleurs très légers, disparaissent complètement.

Le 15, la peau a repris à peu près sa teinte normale ; c'est alors (septième jour de l'éruption) que commence la desquamation. A la face, elle a lieu sous forme d'écailles assez fines, transparentes, dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'une pièce de 50 centimes. Ces écailles se détachent sur leurs bords, sont peu adhérentes, imbriquées et donnent à la face un aspect enfariné; sur les paupières et au niveau des joues, elles sont très abondantes, et il suffit de passer la main sur la peau pour les détacher; elles occupent également le cuir chevelu où elles sont un peu plus larges; on peut très facilement les observer sur les régions fronto-pariétales dépourvues de cheveux. Au-dessous des écailles, la peau est rouge et luisante.

Sur le corps, la desquamation débute par les membres au niveau des plis de flexion et se fait par plaques beaucoup plus larges qu'à la face. Sur les mamelons, elles forment une véritable carapace blanchâtre, feuilletée, dont les écailles s'emboîtent et s'imbriquent, de façon à couvrir toute la peau; cependant, par places, elles font défaut. Ces écailles, examinées en elles-mêmes, varient du diamètre d'une pièce de 20 centimes à celui d'une pièce de 2 francs et plus; elles sont sèches et d'un blanc un peu nacré; elles sont faciles à détacher et se cassent aisément. Sur le corps elles sont également blanches, mais plus petites.

Le premier jour, leur abondance est déjà considérable, car on remplirait facilement les deux mains avec ce que le lit du malade en contient.

Les jours suivants, elle devient énorme; l'épiderme se détache par larges plaques sur les membres, la plante des pieds et la paume des mains. Aucun point du corps n'est indemne; il suffit de passer les mains sur le thorax du malade pour détacher une quantité considérable de ces écailles; on peut évaluer à plus d'un litre celle qui chaque jour tombe dans le lit, et elle va très nettement en augmentant.

Le deuxième jour de la desquamation, un léger suintement se manifeste aux jarrets et aux plis de flexion des poignets. C'est une transsudation d'un liquide séreux, incolore; il s'agglutine avec les squames et forme dans ces régions de larges plaques d'un gris sale, qui tombent sous forme de granules nombreuses feuilletées; elles laissent au-dessous d'elles la peau lisse et rouge violacée. Cet écoulement est peu abondant et ne se produit qu'en ces deux points.

Le 18, sans refroidissement, sans fatigue, sans aucun accident du côté de son épiderme,

le malade est pris de courbature, de céphalalgie, d'inappétence. La température monte le soir à 38°6.

Le lendemain matin, elle se maintient à 38°7. On cherche en vain la cause de cette exacerbation fébrile; aucune complication locale. La desquamation a lieu comme par le passé. Rien du côté du cœur. On trouve quelques râles muqueux à la base du poumon droit. L'urine présente un léger nuage albumineux.

On ordonne 4 grammes de salicylate de soude comme antipyrétique.

Les jours suivants, l'état général persiste; la température oscille entre 38°5 et 39°5 malgré les 4 grammes de salicylate de soude. Le malade est très affaibli et se plaint d'un peu de dyspnée; l'inappétence est complète et il survient un peu de diarrhée, trois selles liquides par jour. Les râles sont plus nombreux et occupent les deux bases; l'albuminurie a un peu augmenté. Les squames sont aussi abondantes que par le passé.

Le 23, la congestion pulmonaire, la dyspnée, l'albuminurie, s'aggravent. Légère submatité à la base des deux poumons. Râles sous-crépitants fins à ce niveau; dans le reste du poumon, râles sous-crépitants et râles muqueux. Le malade accuse une dyspnée paroxystique très intense avec angoisse précordiale. Le pouls est rapide et petit; les bruits du cœur sont sourds sans qu'on entende de souffle. L'albuminurie monte à 2 grammes par litre. On continue les anti-pyrétiques, 4 grammes du salicylate de soude, et on applique 40 ventouses sèches en arrière du thorax.

25. La température monte à 40° le soir. La dyspnée est continue avec paroxysmes violents. La douleur rétrosternale est plus vive. Toux fréquente, quinteuse; expectoration muqueuse filante; râles sous-crépitants; puis, dans tout le poumon droit, quelques râles, plus gros à la base gauche. Les bruits du cœur sont sourds et couverts par les bruits pulmonaires.

Le malade est très déprimé; l'insomnie est complète; la diarrhée plus abondante : 5 selles par jour. La desquamation est moins abondante; il n'y a plus de suintement aux jarrets ni aux poignets. On ordonne 6 grammes de salicylate de soude.

La température tombe à 38°5, le lendemain soir, mais l'état général s'aggrave : le malade est très déprimé.

Le 27. La température : 39°, le matin; 39°9, le soir; la dyspnée de plus en plus intense; le malade ne peut respirer qu'accroupi sur son lit. Les râles sous-crépitants ont envahi la totalité des deux poumons. Les bruits du cœur, difficiles à percevoir, sont très sourds; la paroi thoracique ondule à chaque contraction cardiaque; on sent un léger frémissement; la pression, au niveau des fausses côtes, est douloureuse. Le phrénique gauche est également très sensible. On diagnostique une péricardite, on fait placer un vésicatoire sur la région cardiaque, et on donne 0 gramme 05 de cyanure de zinc.

Le 28. Le malade est dans le collapsus; la desquamation est complètement supprimée sur le tronc, sauf au niveau du mamelon; sur les membres, les sourcils et les oreilles, elle continue avec ses caractères habituels, mais en abondance moindre.

Les symptômes cardiaques sont les mêmes. Du côté du poumon, on entend des râles sous-crépitants à droite et du souffle bronchique à la base gauche. Le pouls est très rapide, faible, régulier, très petit; les lèvres sont violacées; les extrémités froides; 50 ventouses sèches.

La température monte à 40°5, le soir; et le malade meurt, à dix heures, dans le collapsus.

L'autopsie est pratiquée 26 heures après la mort.

Nous trouvons quelques adhérences de la plèvre à gauche. La face antérieure de ce poumon gauche est adhérente au péricarde. Les deux séreuses sont épaissies à ce niveau et mesurent 3 millimètres à peu près. Les adhérences sont molles, fibrineuses: on les détache assez facilement; cependant, elles ne présentent plus l'aspect dit de langue de chat. Elles s'étendent également à toute la face interne et postérieure correspondante du péricarde.

Les deux feuillets du *péricarde* sont adhérents dans toute leur étendue; la cavité péricardique a complètement disparu; la symphyse cardiaque est complète. Les deux feuillets se séparent assez facilement; ils sont couverts d'un exsudat fibrineux et réalisent, quand on les écarte, l'aspect classique de deux tartines de beurre. Vers le bas du cœur, ils sont un peu plus solidement unis.

Sur les faces antérieure et postérieure du péricarde viscéral on trouve, correspondant à la base du ventricule gauche, deux plaques jaunâtres un peu plus dures, traces d'une ancienne péritonite.

Le *cœur* est hypertrophié, surtout aux dépens du ventricule gauche, qui est aminci. Dégagé de ses enveloppes, on voit qu'il est surchargé de graisse dans les deux sillons. Son poids est de 550 grammes. La valvule mitrale est épaissie, mais suffisante. La tricuspide et les valvules artérielles sont saines. L'aorte n'est pas athéromateuse.

Foie volumineux, 1970 grammes, présente une légère teinte de dégénérescence graisseuse.

Le *poumon* droit est le siège d'une congestion très accentuée dans ses deux lobes inférieurs; il crépite et surnage. Le poumon gauche présente au sommet quelques granulations calcaires, Le lobe inférieur est le siège d'une hépatisation rouge sans granulations; il ne crépite pas et ses fragments plongent au fond de l'eau.

Le rein, la rate et le cerveau ne présentent aucune altération.

La peau est encore recouverte d'écailles sur les membres, surtout au coude.

L'articulation du poignet droit qui, pendant la vie, avait été le siège du rhumatismé, ne présente aucune altération; la synoviale n'est pas congestionnée, les cartilages sont lisses.

Nous avons examiné avec M. Siredey les préparations microscopiques de la peau.

Les fragments pris sur les points en pleine desquamation ont été osmiés, durcis par l'alcool et colorés au picro-carmin.

La couche cornée de l'épiderme présente une augmentation considérable d'épaisseur. En certains points, elle acquiert huit ou dix fois sa largeur normale. Les cellules sont cornées et, par dessociation ne montrent plus de noyau.

Le corps muqueux a son épaisseur ordinaire; ses cellules ne semblent point en voie de prolifération.

Les papilles sont un peu plus hautes en certains points, mais cette hypertrophie est très légère et se trouve seulement dans les parties qui correspondent à un squame épidermique volumineux. Dans la plus grande partie des préparations, elles sont normales.

En ces mêmes points, correspondant à une squame, on voit la trame fibreuse du derme infiltrée de cellules embryonnaires; mais cette altération ne se rencontre qu'en quelques points et on peut voir, en multipliant les observations, que certaines parties du derme correspondantes à des squames sont absolument saines.

Les capillaires sont remplis de globules sanguins, mais ne semblent pas dilatés. Les glandes sudoripares ne présentent aucune altération ni dans leurs glomérules, ni dans leurs conduits excréteurs. Il en est de même des glandes sébacées.

Les nerfs osmiés et dissociés ne présentent ni prolifération nucléaire ni segmentation de la myéline.

En résumé, la seule altération est l'hypertrophie considérable de la couche cornée. Si la peau présente d'autres altérations, elles ne sont pas constantes. Il est probable que l'examen eût donné d'autres résultats, s'il eût été pratiqué au début et non au déclin de l'affection.

L'interprétation des accidents divers qui se sont succédé chez notre malade nous paraît relativement simple: il a été atteint d'un rhumatisme qui s'est manifesté avec acuité d'abord du côté des jointures, puis de la peau, et enfin du côté du poumon et du péricarde. Il n'est rien de plus fréquent que de voir cette maladie présenter ainsi successivement des localisations diverses, mais la forme de la manifestation cutanée a été tout à fait exceptionnelle. On aurait pu, au premier abord, croire à une scarlatine; le fait que l'érythème s'est ravivé sur tout le corps, plusieurs jours après avoir pâli, l'abondance et la persistance de la desquamation et l'absence d'angine ont permis d'écarter ce diagnostic. La relation de l'éruption avec le rhumatisme ne peut faire l'objet d'un doute si l'on considère que le malade a eu antérieurement la même affection à la suite d'une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu. C'est une variété de l'érythème scarlatiniforme généralisé, que M. Besnier a signalé parmi les manifestations de cette maladie. Elle a été surtout remarquable par l'abondance énorme et la persistance de la desquamation. Elle mériterait, aussi bien que les faits publiés par MM. Erasmus Wilson, Vidal et Percheron, la dénomination de dermatite exfoliatrice aiguë; elle a présenté avec eux une frappante analogie au point de vue de la clinique comme à celui de l'anatomie pathologique; on ne peut savoir si elle en eût différé par son évolution, puisque le malade est mort 20 jours après son début, alors qu'elle était encore en activité. Elle a succédé aux manfestations articulaires du rhumatisme; peut-on dire qu'elle les a remplacées? Peut-être. Elle n'a pas, en tout cas, empêché le développement des lésions viscérales. Cette affection peut-elle, comme l'érythème papuleux et noueux, se développer isolément, sans lésions articulaires, et constituer la manifestation unique d'un rhumatisme larvé? Les faits dans lesquels on l'a vu se produire chez des sujets qui avaient eu antérieurement, ou ont eu plus tard un rhumatisme articulaire (fait de Dorrécagaix) plaident en faveur de cette manière de voir : il faudrait alors lui rattacher

sans doute une partie des cas qui ont été publiés sous le nom de dermatite exfoliatrice aiguë.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 janvier 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Potain comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Bouillaud, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Potain prend place parmi ses collègues.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Benjamin Ball, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

2° Une lettre de M. le docteur Henri Napias, qui se présente comme candidat à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

—

M. Constantin PAUL offre en hommage un volume qu'il vient de publier sous le titre de : *Diagnostic et traitement des maladies du cœur.*

M. DECHAMBRE présente, au nom de M. le professeur Bertin-Sans (de Montpellier), une brochure intitulée : *Rapport sur l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Montpellier.*

Dans la dernière séance, M. Henri GUENEAU DE MUSSY a présenté, au nom de M. le docteur Grellet, de Menat (Puy-de-Dôme), la relation d'une petite *épidémie de fièvre typhoïde* qui a éclaté, en novembre 1882, au village de Montégnat.

L'auteur, avec des preuves démonstratives, l'attribue à l'introduction dans le réservoir des eaux potables, ordinairement très pures, des eaux de pluies souillées de détritus organiques. Il fait remarquer que cette même cause se retrouve à l'origine de beaucoup d'épidémies rurales. M. Gueneau de Mussy est persuadé que cette remarque sera de plus en plus justifiée par les faits, à mesure que l'observation se portera dans cette direction.

Le docteur Grellet termine par un appel aux précautions prophylactiques logiquement indiquées ; M. Gueneau de Mussy souhaite que cet appel soit entendu. Il demande le renvoi de ce travail à la Commission des épidémies.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Germain SÉE passe en revue les divers modes de traitement qui ont été préconisés contre la fièvre typhoïde. Les méthodes curatives qui ont trouvé des défenseurs peuvent être divisées suivant lui, en trois classes : 1° Expectation ; 2° Méthodes antiseptiques ; 3° Méthodes antithermiques.

Le type officiel de la méthode expectante comprend la tisane de chiendent nitré ou limonade nitrique, accompagnée de bouillon à l'hôpital, parfois d'eau vineuse, puis lavements et cataplasmes. Cette méthode classique, M. Sée consentirait à l'adopter, mais quant à ce qu'on nomme *expectation armée*, il ne souscrit à ses combinaisons que contraint et forcé, quoi qu'il advienne de ce traitement émietté des symptômes les plus minuscules, qu'on pourchasse sans méthode et sans raison.

Les méthodes antiseptiques ont pour but, ou pour prétention, de détruire les microbes qui produisent la fièvre typhoïde et leurs spores. Ces microbes spéciaux seraient les *baccilli* de Klebs ou ceux d'Eberth ; mais ils débutent par les glandes intestinales, rarement par les bronchioles ou les alvéoles pulmonaires. Les baccilli restent dans le fond de ces glandes, s'avancent des parties profondes graduellement dans les muscles, dans les interstices lymphatiques, puis ils atteignent les ganglions mésentériques et les lymphatiques de l'abdomen. On ne peut donc pas les atteindre dans les intestins. Cependant, M. Colin (d'Alfort) soutient que toutes les bactéries et les baccilli n'agissent que dans les liquides en putréfaction. A ce point de vue, les antiseptiques, qui sont en même temps antiputrides, pourraient être utiles.

Les principaux antiseptiques sont : 1° le chlore, 2° les mercuriaux, 3° les sulfates et hyposulfates, 4° l'iode, 5° le groupe de la série salicylique, 6° l'acide phénique, 7° le thymol, 8° l'acide benzoïque.

La plupart de ces antiseptiques, et surtout ceux de la série aromatique, ont le pouvoir antithermique, et c'est pourquoi, sans doute, ils n'ont pas été bannis de la thérapeutique comme ils méritaient de l'être.

Parmi les antipyrétiques et antithermiques on compte : 1° les bains froids, douches, etc.; 2° les bains tièdes; 3° l'acide salicylique et le salicylate de soude; 4° le sulfate de quinine; 5° l'alcool.

Le sulfate de quinine est le véritable antipyrétique.

L'alcool possède le pouvoir réfrigérant à un degré moindre, mais il présente au degré le plus élevé la propriété sthénique et peut-être la faculté d'enrayer la dénutrition.

Voici les conclusions de la première partie du discours de M. Sée :

1° Les bains froids, en abaissant la température, augmentent auparavant la production de la chaleur d'une manière très prononcée.

2° L'acide salicylique réfrigère, sans augmenter le pouvoir calorigène comme l'eau froide.

3° Le sulfate de quinine refroidit tout en diminuant le pouvoir calorigène. La déperdition de la chaleur est relativement augmentée par tous ces moyens ; elle est la base de l'action antipyrétique; mais le chiffre absolu de la réfrigération se règle d'après l'intensité de la production du calorique.

4° L'alcool reste provisoirement en dehors de la question, car il présente surtout l'action d'épargne, il empêche les combustions des tissus, l'usure de l'organisme pendant un certain temps et jusqu'à un certain point.

Après cela vient l'énumération des divers moyens antithermiques dont l'action serait infidèle ou dangereuse : la digitale, la vératrine, la résorcine, la kaïrine et l'acide phénique.

(M. Sée continuera son discours dans la prochaine séance.)

—

M. le docteur VALLIN, candidat pour la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale, lit un travail intitulé : *Note sur les neutralisants du suc tuberculeux*.

Dans les expériences dont les résultats sont contenus dans ce travail, l'auteur s'est proposé de rechercher dans quelle mesure l'inoculabilité du suc tuberculeux est modifiée par l'exposition aux substances réputées désinfectantes.

Des fragments de tissu pulmonaire infiltrés de tubercules, recueillis sur le cadavre d'un homme phthisique, ont été écrasés dans l'eau distillée; 50 centigrammes du liquide filtré ont été injectés dans la cavité péritonéale d'un cobaye. Aucune inflammation locale ne s'est produite. Au bout de quelques semaines, l'animal a commencé à dépérir, et, vers la fin du troisième mois, il a été trouvé mort. Le foie, la rate, les poumons étaient farcis de granulations et de masses grisâtres, constamment transmissibles par inoculation. C'est cette matière tuberculeuse, obtenu par reproduction artificielle et de seconde mai , qui a servi dans toutes les expériences de M. Vallin.

Des fragments caséeux des organes précédents ont été écrasés dans de l'eau distillée; le suc obtenu servit à imbiber une feuille de papier à filtrer, qui fut abandonnée suspendue pendant vingt-quatre heures, sous un abri largement ventilé. Le lendemain ce papier imprégné de suc tuberculeux desséché fut coupé en bandes de dimension égale.

Les unes, destinées aux expériences de contrôle, furent humectées d'une petite quantité d'eau pure, et le liquide obtenu par expression fut injecté, le 1er août, à la dose de 50 centigrammes dans la cavité péritonéale de cobayes bien portants. L'un d'eux fut trouvé mort le 16 octobre, dans un grand état de maigreur; l'autre fut sacrifié le 10 novembre (101e jour); chez tous deux, le foie et la rate étaient décuplés de volume et très friables, les poumons étaient farcis de masses tuberculeuses confluentes, au milieu desquelles le parenchyme de l'organe avait presque disparu.

Les autres bandes de ce papier virulent furent soumises à l'action de divers désinfectants : acide sulfurique, sublimé, vapeur nitreuse, etc., avant de servir aux inoculations.

Dans une chambre cubant 50 mètres, les bandelettes de papier furent suspendues librement à 2 mètres du sol; la quantité de soufre brûlé était répartie en quatre foyers ; l'occlusion de la chambre était complète; l'exposition aux vapeurs désinfectantes durait vingt-quatre heures.

Les animaux inoculés avec les bandes de papier virulent, désinfectées avec le soufre aux doses de 40 et de 30 grammes, sont restés indemnes; de deux cobayes inoculés avec du papier virulent, désinfecté à la dose de 20 grammes de soufre, l'un a tous les organes abdominaux tuberculeux, l'autre reste entièrement sain.

A la dose de 15 grammes de soufre, un cobaye inoculé est trouvé tuberculeux au plus haut point; quand la quantité du soufre brûlé fut inférieure à 20 grammes, tous les animaux furent trouvés tuberculeux.

D'autres expériences ont été faites avec des bandes de papier désinfecté par l'eau bouillante

qui paraît avoir la propriété de détruire les germes, car l'animal inoculé est resté bien portant; par le sublimé, qui, dans une solution de 1 p. 1,000, possède également la même propriété; enfin, par les oxydes nitreux.

La conclusion générale de ces expériences est qu'il serait bon de purifier chaque année, par des fumigations sulfureuses, les prisons, les casernes, les hôpitaux, les écoles.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

La Société de médecine légale a consacré la séance du 8 janvier au renouvellement de son bureau. M. Chaudé, président sortant, a passé en revue, dans d'excellents termes, les travaux de la Société depuis deux ans, et montré que l'activité de ses membres ne s'est pas ralentie.

A son tour, M. Brouardel, nommé président pour l'année 1883, a prononcé une allocution dans laquelle, après les remercîments d'usage, il a montré l'urgence des réformes à faire dans l'enseignement et l'organisation de la médecine publique, et fait appel à ses collègues pour l'aider à les réaliser. Nous reproduisons *in extenso* le discours de notre éminent confrère :

Messieurs et chers collègues,

Mon premier devoir, en prenant place à ce fauteuil où vos suffrages ont bien voulu m'appeler, est de vous témoigner ma reconnaissance pour l'honneur que vous me faites et que je dois tout entier à votre bienveillante amitié.

Ne croyez pas que ce soit par pur amour pour la tradition que je sacrifie en ce moment à la modestie. Il me suffirait, pour justifier cet aveu, de vous rappeler les noms de vos anciens présidents, de Devergie, Behier, Guérard, pour ne citer que ceux qui ne sont plus, mais qui vivent et vivront toujours dans la mémoire des membres de la Société de médecine légale. Je n'ignore pas qu'en désignant mes devanciers pour présider à vos travaux, vous avez tenu à couronner une longue carrière, vouée tout entière à la science et, qu'en me choisissant, vous avez tenu plus grand compte des promesses de l'avenir que des réalités du présent.

Ce qui me rassure et me fait espérer que vous accorderez à votre nouveau Président, le précieux concours que vous donniez à votre collègue, c'est que vous et lui avez un même but, les mêmes aspirations. Vous voulez que, lorsque la justice demande à des experts, médecins ou chimistes, un conseil médico-légal, elle n'ait jamais à le regretter.

Certes, vos travaux en témoignent : vous savez donner le bon exemple; vous savez discerner ce qui est l'à peu près de ce qui est le vrai. Les conclusions que vous avez formulées ont été discutées avec soin; elles ont subi l'épreuve du temps et la Société n'a pas à regretter les conseils qu'elle a donnés aux médecins et aux magistrats qui les ont demandés.

Mais, Messieurs, si vous constituez une sorte de tribunal de superarbitres, comme on dirait en Allemagne, vous êtes des conseillers bénévoles; vous n'avez jamais refusé votre concours, mais personne n'est obligé de se soumettre à votre jugement. Vous avez trouvé une lacune dans notre organisation des expertises, vous vous êtes offerts pour la combler; vos prétentions ne peuvent malheureusement aller plus loin sur ce terrain.

Permettez-moi, mes chers Collègues, de vous convier non pas à quitter une position dans laquelle vous avez rendu tant de services, mais à vous engager à pousser quelques pointes dans d'autres directions.

Devergie a placé, en tête de son *Traité de médecine légale*, une Préface dans laquelle il a réuni les principaux *desiderata* de l'exercice de la médecine légale. Ces pages ont été écrites il y a 30 ans; aujourd'hui on peut les rééditer, les *desiderata* persistent, il n'y a pas un mot à changer.

Pour rendre hommage à la mémoire de notre ancien maître, de notre premier Président, notre devoir n'est-il pas de faire tomber la valeur de ses observations? Devons-nous lâchement accepter qu'elles seront éternellement vraies? Ni vous ni moi ne sommes capables de cette résignation; pour ma part, je suis convaincu que si nous le voulons d'une volonté ferme, nous pouvons forcer le succès.

Notre premier devoir est de fournir à la justice des experts compétents. Il faut donc tout d'abord former des élèves qui ne pensent pas comme un grand nombre de médecins — je parle des plus instruits — qu'il suffit de connaître les choses de la médecine pour ne pas s'égarer dans les recherches médico-légales. C'est au lit du malade que se crée le clinicien; c'est devant la table d'autopsie, devant les blessures des victimes et devant les incertitudes de l'intelligence des coupables, que l'élève apprendra la nature des problèmes qui lui seront posés plus tard, alors qu'il aura toutes les responsabilités, problèmes qui lui sont posés aujourd'hui et qu'il résout sans tradition, sans études préalables. Pour atteindre ce but, nous avons imité

M. Devergie. Plus heureux que lui, nous avons obtenu l'appui des magistrats, celui de la Faculté de médecine et des administrations. Aujourd'hui les autopsies sont pour la plupart faites en public. Bien que dans cette organisation nous ayons surtout eu pour but l'instruction des élèves, nous pouvons dire qu'un autre but a été atteint en partie. La défense, comme le ministère public, trouve une garantie dans la présence de confrères et d'élèves témoins de nos incertitudes et de nos efforts pour arriver à la connaissance de la vérité.

Le résultat est incomplet, je le veux; il est difficile de faire publiquement certains examens, ceux, par exemple, que provoquent les enquêtes demandées dans des cas d'attentats à la pudeur. Mais je me souviens que la fonction fait l'organe, et c'est en fonctionnant que nous obtiendrons le perfectionnement de cette organisation rudimentaire.

En voici d'ailleurs la preuve. Dans l'intérêt de la justice, dans celui de l'instruction des élèves, car les deux sont solidaires, il fallait arriver à concentrer dans un même emplacement les recherches auxquelles donnent lieu les expertises plus compliquées. Le médecin est souvent obligé de faire appel au concours de chimistes, de physiologistes, d'anatomopathologistes, de physiciens. Lorsque ces diverses portions d'une même expertise doivent s'accomplir dans des laboratoires différents, souvent disséminés dans plusieurs quartiers de la capitale, il n'y a aucun ensemble dans les efforts accomplis et, pour la toxicologie, trop souvent les experts ne peuvent arriver à une démonstration positive ou négative.

Depuis Orfila, aucun laboratoire officiel, en France, n'a été ouvert aux recherches toxicologiques et cependant, depuis trente ans, la liste des poisons s'est prodigieusement accrue par la découverte des alcaloïdes. Sur ce second point, j'ai obtenu un commencement de satisfaction. Grâce à la générosité du ministère de l'Instruction publique et à celle du Conseil général de la Seine, des laboratoires de recherche scientifique et pratique vont être ouverts à côté de la Morgue et placés sous la direction du professeur de médecine légale. Nous pourrons donc faire ces expertises plus compliquées dans des conditions moins défavorables; nous pourrons y associer quelques élèves et préparer à loisir et à l'avance la solution de quelques-uns des problèmes qui nous seront soumis.

Voici ce qui est fait ou commencé. Permettez-moi d'indiquer ce qui reste à faire et comment je pense que la Société peut utilement intervenir.

Il ne suffit pas de donner un enseignement, il faut qu'il soit reçu. Je m'explique. Actuellement, les élèves mettent un grand empressement à suivre les leçons de démonstration de la Morgue. Mais, notre richesse en étudiants nous étouffe; chacun d'eux ne peut assister à plus de huit ou dix conférences pratiques de médecine légale. C'est à peine si les plus zélés emportent quelques souvenirs des séances auxquelles ils ont assisté, et bientôt les devoirs de la pratique journalière en effacent l'impression.

Je voudrais que quelques-uns de ces auditeurs à renouvellement trop rapide soient incités à devenir de véritables élèves. Pour cela, il faudrait créer un diplôme, un certificat constatant que par des études spéciales le titulaire du diplôme a étudié les questions spéciales auxquelles la justice et l'administration demandent aux médecins de répondre, c'est-à-dire la médecine légale, l'aliénation mentale, la médecine publique, la police sanitaire.

Si à ce surcroit d'efforts qui pourraient exiger une année d'études, le docteur muni de ce diplôme pensait que sont attachées certaines fonctions, si ces fonctions devaient le mettre en rapport avec la magistrature, l'administration, la notoriété légitime qui serait le résultat de ce labeur serait pour lui un excitant, et la médecine légale compterait en province des adeptes éclairés, la justice aurait sous la main des hommes en qui elle pourrait avoir une réelle confiance.

Je pense qu'il ne faudrait pas imiter absolument certains pays étrangers et faire de ce médecin public un fonctionnaire. Son impartialité serait bientôt suspectée, et d'ailleurs le nombre des fonctionnaires est largement suffisant. Mais il est certain que si un titre quelconque témoignait que quelques docteurs ont cultivé avec attention la médecine légale, ces docteurs seraient bientôt les conseillers habituels des pouvoirs publics.

Je sollicite sur ce point vos réflexions. Notre Société compte dans son sein des magistrats, des avocats, des chimistes, des médecins; elle a groupé toutes les personnes que préoccupe l'avenir de la médecine légale comprise dans l'acception la plus large de ce mot. La question ne peut être posée devant une Société plus compétente, plus apte à en résoudre les difficultés.

Malheureusement, mes chers collègues, la question n'est pas du domaine de la théorie pure, et il nous faut, si nous voulons que ce programme ne reste pas un rêve, livrer assaut et enlever une position devant laquelle la Société dans son ensemble, et la plupart de ses membres en particulier n'ont jusqu'à ce jour essuyé que des revers.

Comment imposer des études spéciales à des élèves, des sacrifices à leurs parents, si nous continuons à nous heurter à une objection qui est éclatante de justesse? Tel qu'il est honoré,

l'exercice de la médecine légale est onéreux pour celui qui l'exerce. Il l'est dans les campagnes encore plus que dans les villes. Plus les difficultés augmentent, plus l'honorarium est misérable. On a mauvaise grâce à réclamer quand on est intéressé au succès de la réclamation. Nos confrères du Parlement l'ont compris, et on leur a fait vite sentir que l'intérêt qu'ils portaient à l'orfèvrerie semblait venir de ce qu'ils étaient orfèvres.

Messieurs, je fais appel à ceux de nos collègues qui ne sont pas médecins, je leur demande d'être non pas nos avocats, à nous médecins, mais ceux de la justice. Il n'est pas moins important pour une ville, pour un tribunal, d'avoir un expert instruit, éclairé, que pour une famille d'avoir un bon médecin. Si la justice veut que les personnes qui occupent dans la science les positions les plus justement honorées lui prêtent leur concours, il faut que ce concours trouve une rémunération honorable. On peut demander accidentellement à un médecin un sacrifice de temps et d'argent, on sait qu'on l'obtiendra, mais on ne peut baser une organisation sur la probabilité de ce sacrifice, on ne peut faire de lui une des parties de l'institution.

Pardonnez-moi si, en vous indiquant ces diverses étapes que nous avons à parcourir, j'ai rebattu des chemins bien connus de vous tous ; mais je voudrais que sans jamais connaître le découragement, chacun de nous se condamnât à les faire parcourir aux personnes étrangères à nos préoccupations habituelles.

Notre Société compte dans son sein un assez grand nombre de membres étrangers à la médecine, par suite, désintéressés dans la question, pour que leur voix soit écoutée. Leur voix est d'ailleurs trop éloquente, trop autorisée, pour qu'elle ne trouve pas crédit auprès des pouvoirs publics.

La Société veut que la médecine légale, en France, n'ait rien à envier à l'étranger. Qu'elle fasse pour triompher, non pas des efforts platoniques; les pouvoirs publics sont comme les jeunes filles : ils n'aiment pas les soupirants silencieux, ils ne détestent pas qu'on leur fasse une douce violence. Le succès sera assuré le jour où leur conviction sera que nous ne cherchons pas un avantage personnel, mais que notre visée est plus haute, que notre cause est celle d'une réforme ayant pour but le bien public.

C'est pour accomplir cette seconde partie de la tâche, que je fais appel à vous tous. Je suis sûr que vous ne me marchanderez pas votre concours.

Excusez ce long discours, mes chers collègues; je serais heureux si j'avais réussi à trouver la formule des pensées, des aspirations qui nous sont communes à tous, qui ont déjà été exprimées dans le sein de la Société, notamment par notre collègue, le docteur Penard, et par notre président, M. Chaudé.

Je suis sûr de terminer par une proposition qui ralliera tous vos suffrages. Je vous propose de voter à notre président sortant les remerciements de la Société pour le zèle, l'impartialité et l'autorité avec lesquels il a dirigé vos travaux. C'est dans votre livre, mon cher président, que tous nous avons appris les éléments de la médecine légale, c'est en siégeant à vos côtés que le nouveau président a retenu quelques-uns des exemples qui l'aideront à présider les séances de la Société.

FORMULAIRE

Pommade contre l'eczema. — Unna.

Glycérine.	10 à 15 grammes.
Sous-acétate de plomb.	10 grammes.
Bol d'arménie pulv.	30 à 40 grammes.

F. s. a. une pommade avec laquelle on pratique des onctions pendant le jour. Elle ne graisse pas le linge et s'enlève facilement avec de l'eau. Pendant la nuit, on applique des compresses imbibées d'une solution étendue d'acétate d'alumine. — N. G.

COURRIER

Concours d'agrégation. — Les leçons après vingt-qnatre heures de préparation ont eu lieu dans l'ordre suivant :

Mardi 9 janvier. — M. Albert Robin : indications de la saignée. — M. Hutinel : coliques intestinales.

Mercredi 10. — M. Clément : de l'atrophie musculaire. — M. Dreyfous : de l'épitaxis au point de vue médical.

Jeudi 11. — M. Hanot : de la grippe. — M. Schmitt : de l'érytème noueux.

Vendredi 12. — M. Dreyfus-Brissac : du vertige au point de vue sémiologique. — M. Baumel : des accidents épileptiformes.

Samedi 13. — M. Du Castel : du coma. — M. Bard : du mercurialisme professionnel.

Lundi 15. — M. Blaise : du diabète insipide. M. Letulle : de la pelvipéritonite.

École de santé militaire. — Le gouvernement vient, dit-on, de faire définitivement choix de la ville de Lyon pour y établir l'École de médecine militaire qui était à Strasbourg avant la guerre.

Montpellier, Nancy et Bordeaux avaient fait des offres séduisantes pour l'établissement de cette école. Elles n'ont pas été acceptées par l'administration de la guerre.

Nécrologie. — La médecine lyonnaise vient de faire une grande perte dans la personne du docteur Vernay, ancien interne des hôpitaux de Lyon, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de la Société nationale de médecine.

Vernay fit sa thèse inaugurale sur la *fièvre puerpérale épidémique*, et fut reçu docteur en 1846. Il a publié des faits intéressants sur l'*hémorrhagie de l'ovaire et l'épanchement sanguin du péritoine dans la menstruation*, sur la *ponction de la plèvre dans la pleurésie*, opération qu'il a pratiquée dans un grand nombre de cas, et sur la *ponction du péricarde dans la péricardite*, qu'il a faite un des premiers. Ces publications ont suivi de très près les travaux de Viguès et de Nélaton sur l'hématocèle rétro-utérine, et ceux de Trousseau sur la thoracentèse.

Ses études ne se bornaient pas à se tenir au courant des publications médicales françaises, il était très versé dans la littérature étrangère, et il avait surtout un goût très prononcé pour les travaux des médecins anglais. Dans sa jeunesse, il avait fait un voyage d'instruction en Angleterre et il en avait rapporté des impressions si favorables, qu'il ne cessa jamais de lire dans l'original les journaux et les principaux livres de médecine anglais. En dernier lieu, il avait fait de Graves son auteur de prédilection.

Il avait beaucoup étudié l'histoire de la médecine et rattachait volontiers le présent au passé, la médecine moderne à la médecine ancienne. En 1856, il publia une série de lettres adressées au docteur Rast, par Haller, Barthez, Tronchin et Tissot. Ces lettres, fort curieuses et très instructives par elles-mêmes, ont été enrichies par Vernay de notes précieuses relatives aux circonstances auxquelles elles se rapportent. Celles de Barthez datent de la période révolutionnaire, pendant laquelle l'auteur s'était retiré à Narbonne, son pays natal. Les lettres de Rast contiennent de grands détails sur l'Ecole vétérinaire de Lyon, qui était alors à son origine, et où l'on faisait déjà des expériences de physiologie sur l'endémie de la fièvre paludéenne, créée par les travaux de l'ingénieur Perrache dans la presqu'île lyonnaise, sur la translation des cimetières hors de la ville, snr l'inoculation de la rage, etc.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. — Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité a tenu vendredi dernier sa première séance de 1883.

Après avoir procédé à l'installation de M. le docteur Lagneau comme vice-président, le Conseil a discuté et approuvé plusieurs rapports relatifs à des établissements classés.

A l'occasion de l'un de ces rapports concernant une demande d'installation d'un dépôt de cuirs secs, rue Censier, à Paris, M. le docteur Bourneville a demandé que l'on examinât la situation du quartier du Jardin des plantes au point de vue de l'hygiène publique. Le Conseil a chargé une commission composé de MM. Bourneville, de Luynes et Cloëz, de l'étude de cette question, et il a été entendu que cet examen s'étendrait en même temps aux conditions de salubrité de la Bièvre, tant à Paris qu'en dehors de Paris.

Dans la même séance, M. Dujardin-Beaumetz a donné lecture d'un rapport sur trois cas de rage humaine. Ces trois cas ont été produits, l'un par une morsure à la main, les deux autres par un simple contact de la langue sur l'épiderme, sans doute sur une excoriation.

Le nombre des décès par hydrophobie rabique s'est élevé en 1882 à 10 ; il avait été de 20 en 1881.

Enfin, plusieurs membres du Conseil ayant appelé l'attention de l'Administration sur l'insalubrité des eaux, le Conseil a reçu communication de l'instruction rédigée à ce sujet en 1856 par le Comité consultatif, instruction récemment publiée et affichée.

Cet avis ne parle pas des caves inondées. Sur la proposition de M. le professeur Bouchardat le Conseil a émis l'avis qu'il conviendrait d'informer les intéressés que l'on emploierait avec succès le sulfate de zinc ou le chlorure de zinc.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

LES SYNERGIES MORBIDES DU NERF PNEUMOGASTRIQUE.

(Hôpital Tenon. — Service de M. Henri HUCHARD.)

Le trépied morbide du pneumogastrique — Névropathies trigéminées de ce nerf. — Synergies gastriques, pulmonaires, cardiaques. — Pseudo-affections de l'estomac, du poumon et du cœur. — Synergies dans les affections de l'aorte et du foie. — Pseudo-tuberculose. — Emphysème aigu, congestions; troubles circulatoires. — Sympathie et synergie. — Indications et moyens thérapeutiques.

Au numéro 5 de la salle Colin, se trouvait dernièrement une jeune fille dont les allures, le caractère et le facies étaient bien ceux d'une hystérique. Néanmoins, ni dans ses antécédents, ni pendant les épisodes de la maladie actuelle, elle n'avait présentée de manifestations d'hystérie convulsive.

Au moment de son admission à l'hôpital, elle éprouvait de fréquents vomissements de sang, de l'épigastralgie et de la rachialgie, symptômes qui momentanément avaient pu faire soupçonner l'existence d'un ulcère de l'estomac. Il n'en était rien cependant ; ces phénomènes morbides constituaient seulement le premier acte d'une affection aussi mobile dans ses phases successives qu'insolite dans son évolution.

Tout à coup, les hématemèses cessent et sont remplacées par des vomissements spasmodiques passagers. Quelques jours se passent ; et un nouveau coup de théâtre est survenu. Cet appareil morbide, en apparence si grave, ne consiste plus que dans des douleurs à l'épigastre, au vertex, à la nuque, sur le trajet de quelques apophyses épineuses cervico-dorsales, et au cou dans l'intervalle des muscles scalènes. De temps en temps, on observe le retour des vomissements spasmodiques ; chaque

FEUILLETON

CAUSERIES.

C'est au milieu du fracas d'une catastrophe que l'année 1883 est venue prendre son rang dans le siècle. Et quelle catastrophe ! Une carrière aussi pleine de promesses et d'espérances pour l'avenir que de souvenirs du passé, brusquement interrompue par un des coups les plus foudroyants que pût frapper la destinée ! Une existence finie à l'âge où tant d'autres commencent à peine, et tant de choses pourtant déjà résumées dans un seul nom ! Et l'émotion de tout un peuple, et les hommages de l'étranger, et la surprise de cette disparition inopinée, et la douleur des grandes amitiés qui s'attachent aux âmes d'élite, voilà ce que la nouvelle année a vu à sa première aurore. Passer et éblouir comme un météore, disparaître à ce moment de la renommée qui fait de la mort une apothéose, s'éteindre enfin au seuil de la maturité, n'est-ce point là les privilèges de ceux que les anciens disaient aimés des dieux ? La soudaineté de la mort a bien répondu à l'éclat de la vie, et l'étoile a cessé de briller sans crépuscule.

Il ne m'appartient pas, et ce n'est point le lieu d'envisager aucune des questions que peut soulever la mort de Léon Gambetta dans l'ordre social et politique. Au surplus, cette partie de la besogne a été amplement faite par tous nos confrères de la presse quotidienne. Ce que je veux retenir et mettre en lumière, c'est un enseignement qui me semble ressortir de cette mort, après tant d'autres, et qui constitue un document de premier ordre pour l'histoire de la médecine et de l'hygiène à notre époque et dans certains milieux. Il n'y a plus aujourd'hui

crise gastrique nouvelle est précédée, annoncée et ouverte par des phénomènes précurseurs, tels que la suffocation, une dyspnée intense et des palpitations de cœur.

L'exploration la plus attentive des viscères ne permet aucun doute sur la nature purement fonctionnelle de ces accidents et si durant la première période de la maladie, leur siège initial était l'estomac, aujourd'hui il n'en était plus de même. L'innervation pulmonaire et cardiaque était maintenant en cause.

En vain, on avait fait usage du lavage stomacal au moyen du tube de M. Faucher; les vomissements avaient persisté. En vain on avait essayé, par l'application répétée des courants continus, de modifier l'état dynamique du système nerveux : la douleur, la dyspnée, les palpitations avaient obstinément conservé leur caractère et leur violence. C'est alors qu'on employa l'extrait d'opium à l'intérieur et les injections de morphine sous la peau, dans le but d'agir à la fois sur les expansions gastriques terminales et sur les racines bulbaires du nerf pneumogastrique. Cette médication triompha rapidement en donnant ainsi une démonstration confirmative de la nature névralgique des accidents.

Quelle était l'origine de cette excitation du nerf vague et des troubles consécutifs? Était-elle centrale et de l'ordre de ces phénomènes aux allures parfois singulières et toujours protéiformes, dont les frères Griffin ont donné la description, il y aura tantôt cinquante ans, dans leur remarquable monographie de l'irritation spinale? (1). Non, sans doute. Etait-elle d'origine périphérique? Vraisemblablement; car cette névropathie était confinée seulement dans le domaine innervé par les branches du trisplanchnique. De plus, à cet argument tiré de l'anatomie, s'ajoute le témoignage de l'observation clinique. N'existe-t-il pas, en effet, de remarquables analogies entre ce fait et ceux qui ont été observés par divers auteurs (2). Chez ces malades, l'estomac était intolérant, et l'ingestion d'une minime quantité de certains aliments provoquait à la fois des accès de dyspnée touchant à la suffocation, et des palpitations de cœur souvent très violentes.

Dans le cas de la jeune fille de la salle Colin, les phénomènes gastriques avaient été le prologue de cette scène pathologique, et le département stomacal du pneumo-

(1) W. et D. Griffin. *Observations of functional affections of the spinal cord.* Londres, 1834. — Voir aussi : Abernethy. *On the constitutional origin and treatment of local disease.*

(2) Potain. *Gazette méd. de Paris*, 1879. — Habershon. *Some clinical facts connected with the pathology of the pneumogastric nerve. Guy's hospital reports*, 1875, p. 27.

---

d'inconnue à dégager dans les faits matériels de la maladie de M. Gambetta; tous les détails de cette observation ont été élucidés et publiés, et sont encore présents à la mémoire de tous. Une blessure simple de l'avant-bras, par coup de feu; la blessure cicatrisée et la convalescence etablie, puis l'invasion insidieuse d'une complication inflammatoire vers la cavité abdominale, une tendance à la suppuration marquée par quelques grands accès de fièvre, enfin la réaction demeurant insuffisante, et le processus inflammatoire tournant à la gangrène et enlevant l'illustre malade par septicémie. A cet enchaînement fatal qui commence par une blessure insignifiante pour aboutir à des désordres irréparables, nos maîtres les plus illustres ont assisté sans intervention possible; pour la plupart d'entre eux, aux amertumes de la science impuissante se joignaient les tourments de l'affection soumise à une si rude épreuve; car tous les médecins qui ont prodigué à M. Gambetta des soins, que ne saurait atteindre le plus léger soupçon, tous ont la clairvoyance professionnelle qui n'a pu manquer de leur faire entrevoir le dénouement bien avant la dernière heure. Ils ne le disaient point: on ne devait le savoir que trop tôt!

Pour expliquer la marche précipitée du drame pathologique qui s'est déroulé à Ville-d'Avray, plusieurs raisons ont été données, toutes plausibles et réelles, mais laissant encore à l'écart, selon moi, le véritable nœud de la question. On a signalé quelques imprudences commises par le malade pendant le traitement de la blessure initiale; plus tard, l'autopsie est venue révéler des altérations anciennes de l'intestin, point de départ de la pérityphlite et de la péricolite qui ont été la cause immédiate de la mort. On a dit enfin que le malade était diabétique, ce qui serait très vraisemblable, quoique n'ayant point été complètement démontré. Mais il reste encore quelque chose à dire; c'est que la cause primordiale et supérieure de la mort de M. Gambetta, c'est une cause qui relève des études d'hygiène professionnelle,

gastrique, le siège des excitations. On avait cru d'abord à une affection de l'estomac et on était en présence d'accidents analogues à ces dyspnées que Chomel signalait durant le travail de la digestion, et auxquelles Guipon (de Laon) donnait le nom de dyspepsies à forme *syncopale* ou *dyspnéique*, suivant que les perturbations fonctionnelles siégeaient sur le pneumo-gastrique cardiaque ou sur le pneumo-gastrique pulmonaire. Bérard mettait à l'actif des *sympathies*, entre l'estomac et l'appareil respiratoire, l'oppression et la toux qui accompagnent certaines affections de l'estomac ou l'ingestion de certains aliments (1). Tel était encore, sans doute, l'*asthme dyspeptique* des anciens et de Macleod Salter (2), ainsi que cette dyspnée à laquelle Baglivi donnait le nom d'*asthme gastrique*.

De même origine sont aussi ces cardiopathies gastriques dont M. Potain et M. Teissier ont démontré la nature. Les unes, cardiopathies gastriques graves, aboutissent à des lésions du cœur, et en particulier à la dilatation du cœur droit (3); les autres, dont Teale a signalé des exemples, il y a déjà longtemps (4), se manifestent par des vomissements et des palpitations, puis, plus tard, par des troubles fonctionnels respiratoires, tels que la dyspnée et la toux, toux caractéristique d'ailleurs parce qu'elle n'est pas accompagnée d'expectoration.

Les phénomènes gastriques avaient été les symptômes initiaux dans le cas de la jeune fille de la salle Colin. Telle n'était pas la succession des accidents chez une autre malade de la même salle. Cette femme avait depuis huit ans des accès

(1) *Dict. de médecine*, t. XII, p. 280, 1834.

(2) Salter. *The Lancet*, 1870, t. I, p. 147. — Roots. *The Lancet*, 1841, t. II, p. 707. — Berckart. *British med. Journ.*, 1880, t. II, p. 79. — G. Sée. *Des dyspepsies gastro-intestinales*, 1880.

(3) Potain. *Loc. cit.* — Teissier. *Association française pour l'avancement des sciences; Congrès de Montpellier*, 1879. — Fabre (de Marseille). *L'hystérie viscérale et les dilatations du cœur droit*, 1883, p. 105. — Destureaux. *De la dilatation du cœur droit d'origine gastrique.* Thèse de Paris, 1879. — Krans. *Des palpitations de cœur consécutives aux dyspepsies. Ann. Soc. méd.-chir. de Liège*, p. 176, 1865.

(4) Pridgin Teale. *A treatise on neuralgic diseases dependent upon irritations of the spinal marrow and ganglion of the sympathetic nerve*, Philadelphia, 1830 (Obs. XIX, p.). — Voir encore : Sée. *Leçons cliniques sur le mal du cœur* : formes gastriques, p. 340; 1883. — Holland. *Med. notes and reflexions*, 1855, p. 247. — Leared. *On disquised disease of the heart. Med. Times and Gaz.*, 1867, t. I, p. 695. — Voir : Garrod, Scudamore, etc., etc.

c'est, pour tout dire, la politique. C'est là l'envahissante et pernicieuse diathèse qui a plané souverainement au-dessus de tous les incidents de la maladie; c'est par elle que le malade s'est trouvé, dès l'abord, diminué dans ses moyens de résistance, et hors d'état de surmonter son mal; c'est elle qui l'a tué. Je pose en principe que la politique, parmi tant d'autres misères, conduit à un état de *misère physiologique,* et que les victimes de cette déchéance organique se trouvent ainsi à la merci de la première secousse, du premier ébranlement qui les trouvera sans défense; quand vient le mal, par quelque porte qu'il entre, la politique a déjà usé chez le patient tous les moyens de réparation, brisé les ressorts de la *natura medicatrix*; c'est comme une tare invisible qui frappe d'insuffisance tous les actes vitaux, et empoisonne d'avance toutes les blessures. La blessure de Ville-d'Avray était ainsi empoisonnée, et une fois la brèche ouverte, le poison a poursuivi les ravages que l'on sait.

Les règlements de police se préoccupent des industries insalubres, de certaines exploitations nuisibles pour le voisinage. Parmi les professions dangereuses pour ceux qui les exercent, et dont les traités d'hygiène ne parlent pas, la plus terrible est sans contredit le métier politique. Avez-vous jamais eu l'idée de compter les vides qui se sont produits, depuis douze ans seulement et sans remonter au delà, dans nos assemblées et dans le monde remuant et dirigeant de la politique contemporaine? Ce dénombrement, je suis en train de le faire, et j'en donnerai peut-être quelque jour les résultats. Vous verrez alors ce que l'atmosphère délétère que l'on respire dans ce milieu-là, produit de ravages, combien d'hommes y succombent à la tâche dans la force de l'âge et du talent. Malfaisante politique! Minotaure des peuples émancipés à outrance! C'est à toi que revient le rôle du vieux Saturne dans notre mythologie, toi qui dévores tes enfants! Combien de belles existences tu as déjà moissonnées, que tes mirages trompeurs avaient entraînées dans le gouffre! Il y a une maladie, par-dessus

d'asthme dont le retour était irrégulier. Depuis plusieurs semaines, les troubles respiratoires ont diparu; des crises gastriques douloureuses se sont substituées aux crises pulmonaires (1). L'asthme a été le premier acte, la gastralgie est le second (2).

Le système nerveux modérateur du cœur a donc été lésé, et la névrose cardiaque est d'origine réflexe. Comment ne pas comparer ce fait avec les phénomènes d'accélération du pouls et de congestion pulmonaire que M. Gueneau de Mussy notait chez un de ses malades. Ici encore, ces manifestations morbides évoluaient parallèlement et synchroniquement avec l'accès de sternalgie (3).

Une telle succession dans les troubles cardiaco-pulmonaires ne démontre-t-elle pas à nouveau l'existence de cette association de symptômes à laquelle M. Huchard donnait le nom de *trépied morbide du pneumogastrique*, dans son travail sur les *Synergies mordides* de ce nerf. (4) D'ailleurs, de semblables observations ont souvent été signalées par les écrivains qui se sont faits les historiens de l'angine de poitrine. Johnstone a vu de l'épigastralgie, des flatulences, des indigestions précéder ou accompagner les attaques d'*angor pectoris*. Black a observé cette crise cardiaque débuter après l'ingestion de certains aliments et se transformer plus tard en crises dyspnéiques; Blackwal, dans son travail sur les hydropisies (1813); Parry, et d'autres encore, déclarent que l'*angor pectoris* se termine parfois par du pyrosis, de la dysphagie, des vomissements. Les éructations n'en sont-elles pas aussi un épiphénomène fréquent? (5)

D'ailleurs, les exemples ne sont pas rares et M. H. Huchard en citait un certain nombre à ses élèves. Une femme, Mme P..., a des palpitations de cœur; elle est dys-

(1) Habershon. *Lumleian lectures on the pneumogastric nerve*, p. 46, London, 1877.

(2) H. Huchard et Axenfeld. *Traité des névroses*, p. 340; 1883. — Anstie. Relations pathologiques et thérapeutiques de l'asthme, de l'angine de poitrine et de la gastralgie. *British med. Journ.*, 1872.

(3) Haberson. *Loc. cit.*

(4) H. Huchard. *Angine de poitrine*, etc., etc.; *Remarques sur les synergies morbides du pneumogastrique. Union méd.*, 1879.

(5) Parry. *An inquiry into the symptoms and causes of the syncope anginosia*, London, 1799. — Black. *Mem. of med. Society*, t. IV, art. 20. — Johnstone. *Eod. loc.*, t. I., p. 307. — Fothergill. *Med. observ and inquiries*, t. V., art. 21, p. 36. — Butter. *Treatise of aina pectoris*, London, 1791.

---

toutes, qui me semble dériver fréquemment de la diathèse politique : c'est le cancer. Viendraient ensuite, dans cette filiation, le diabète, puis les affections du cœur. Et lors même que ni l'un ni l'autre de ces états morbides ne s'accuserait par ses symptômes propres, il n'en reste pas moins à l'état latent comme une sorte de cachexie politique, toujours prête à apporter son appoint aux moindres dérangements de la santé. Ainsi, il y aurait un chapitre à ajouter aux magistrales études du professeur Verneuil sur les rapports réciproques des diathèses et des accidents médicaux ou chirurgicaux. En présence d'une blessure à soigner ou d'une opération à entreprendre, il ne suffirait plus de s'enquérir si le sujet a subi jadis quelque atteinte de diabète, de syphilis, d'arthritisme, de scrofule ou de paludisme. Le médecin aurait encore le devoir d'adresser à son client cette autre question : Faites-vous de la politique? Si oui, tout devient sérieux, le plus petit accident peut tourner à mal, les médicaments dévient dans leur action, la chirurgie perd ses droits et son pouvoir.

C'est d'ailleurs la conséquence forcée des labeurs de la profession d'homme politique. D'abord les voyages, les banquets, les réunions publiques, le dur pétrissage de la matière électorale; puis les longues séances, de jour et de nuit, dans les salles surchauffées, ou bien traversées de courant d'air et chargées de méphitisme. Mais ce n'est rien encore que ces petites infractions matérielles à l'hygiène. Celles-là, c'est le fourreau qui en supporte le contrecoup ; pensez un peu maintenant à tout ce qui vient dépolir et ébrécher la lame. Les soucis personnels surchargés des plus graves soucis patriotiques; la préoccupation incessante du triomphe d'une idée; la lutte sans trêve ni merci contre l'idée adverse; l'incessante dépense de soi-même pour soutenir le combat par la plume et la parole; quelquefois, comme dans la carrière exceptionnelle que la mort vient de trancher, une accumulation effrayante de responsabilités; quel tempérament résisterait à tant de causes d'usure prématurée? Et comment s'étonner

pnéique, gastralgique, emphysémateuse, et l'exploration la plus minutieuse ne fait découvrir aucune lésion organique. Dernièrement elle prend une pneumonie franche, *à frigore*. Sous l'influence de cetle affection aiguë, la névropathie trigéminée du cœur, du poumon et de l'estomac disparaît momentanément. La convalescenee de la pneumonie est à peine achevée qu'on observe le retour avec une nouvelle acutité de la dyspnée, des palpitations, de l'emphysème et de la gastralgie. Cette femme était une arthritique. Soit. La névrose du trisplanchnique était donc, comme tant d'autres névralgies, sous la dépendance de l'arthritisme.

Chez un autre malade de la ville, M. L..., la gastralgie précéda les troubles pulmonaires, et en dernier lieu l'angine de poitrine. Le pouls, très lent habituellement, 45 à 50 pulsations à la minute s'accélère au moment des attaques. Le nombre de ses battements s'élève à 70, 80 et même 100 fois par minute; l'emphysème devient aigu et la congestion pulmonaire plus intense. C'est alors que se déclare l'attaque d'angine de poitrine de forme syncopale. Est-elle sur le point de se terminer? Le pouls reprend un type moins rapide; l'arythmie cesse, mais la congestion pulmonaire ne disparaît qu'après quelques heures ou quelques jours.

Voici une autre malade, Mme de F... Elle est diabétique et atteinte de palpitations cardiaques intermittentes. Le pouls s'élève subitement à 120 et 130; il est irrégulier et cette arythmie a été donnée comme un signe de la paralysie du pneumogastrique. On croît à une cardiopathie, mais les troubles du cœur font place à des douleurs gastriques et, à deux reprises, la malade éprouve des attaques d'*angor pectoris*. Cette observation n'est-elle pas, en quelque sorte, un abrégé de l'histoire de cette diabétique qu'on voyait il y a quelques temps dans le même service. Elle avait autrefois des accès d'asthme, qui ont disparu depuis longtemps. Ensuite, elle éprouve par moment des lypothimies ; son pouls s'accélère, elle vient d'avoir des attaques d'angine de poitrine et le pneumogastrique est seul ici en cause. Comment ne pas comparer ces cas à l'observation de M. Brocklesby. Là aussi, le diabète sucré accompagnait des troubles circulatoires, cardiaques et névrosiques du pneumogastrique (1).

Les allures insolites de ces troubles morbides ont parfois fait croire à l'existence

(1) Brocklesby. Diabetes attended with incommon irregularities of the pulse and palpitations of the heart. *Med. obs. of Soc. London*, 1877, p. 274. — Voir : *Union méd.*, p. 13; 1883.

---

que ce soient précisément les natures les plus fines et les plus sensibles qui se brisent le plus vite sous le choc répété de toutes ces vibrations discordantes? Je ne veux pas dire que tous les hommes politiques soient destinés à mourir jeunes; c'est une faveur que les dieux réservent à leurs élus, et qu'ils ne laisseront pas tomber dans le domaine commun. Mais je crois qu'on peut appliquer à ce groupe social le vers des *Animaux malades de la peste* (sans comparaison) :

« Ils n'en mouraient pas tous, mais tous étaient frappés » ;

et j'estime que le seul fait de s'adonner à la politique constitue une cote organique spéciale, indispensable à connaître pour nous médecins et devant entrer dans l'estimation de la valeur physique d'un malade, à l'égal des diathèses les plus pernicieuses.

On ne peut contester que les jours et les heures de toute campagne politique comptent double, que le déploiement et la dépense des forces y sont supérieurs à ce qu'exige toute autre application du corps ou de l'esprit. Le fait fut particulièrement vrai pour M. Gambetta, dont le tempérament exagérait l'intensité de toutes les impressions. La preuve nous en est donnée par ceux qui eurent la satisfaction de l'approcher dans quelques circonstances mémorables, et notamment lors de ses grands discours à la tribune. Les auditeurs favorisés de ces belles harangues se rappellent aujourd'hui l'état de fatigue et presque de prostration où il était en descendant de la tribune; l'effort oratoire, qui venait de s'accomplir, avait été comme une convulsion de la pensée, à laquelle succédait une détente générale. Dans chacun de ces grands épisodes de la vie politique, on serait presque en mesure d'évaluer la quantité de cellules cérébrales compromises, la dose d'influx nerveux dépensé; c'est comme une saignée des forces vitales. C'est à la suite de ces spoliations réitérées que l'organisme reste au-dessous de ses

de la tuberculose pulmonaire. De là, de graves erreurs dans le diagnostic et des sérieux mécomptes dans le pronostic. De là l'importance clinique et l'utilité pratique d'être en garde contre les mobiles manifestations de la névrose sur les diverses branches du nerf vague. Chez Mme H..., arthritique, nerveuse, peu anémique, on observe de graves accidents gastriques depuis quatre ans. On croit à un ulcère de l'estomac, quand ces symptômes sont tout à coup remplacés par des signes de tuberculisation des sommets (aphonie, dyspnée, congestions, etc.). Il n'en était rien, et aujourd'hui des troubles cardiaques ont succédés et ce sont substitués aux troubles pulmonaires et gastriques.

La toux des phthisiques et les vomissements qu'elle provoque dépendent souvent, d'après les recherches de M. Bourdon sur la dyspepsie des tuberculeux et l'ingénieuse remarque de M. Peter, de l'irritation du pneumogastrique stomacal et de ses relations avec le pneumogastrique pulmonaire (1). Il est aussi inutile d'insister sur ces troubles gastriques de l'adénopathie bronchique. Ces accidents sont produits par la compression du cordon du pneumogastrique, comme Heine l'avait déjà entrevu en 1827 et leur pathogénie démontre une fois de plus, les difficultés parfois grandes, en l'absence de signes physiques, de distinguer le début de la tuberculose vraie avec l'appareil symptomatique de la pseudo-tuberculose (2).

C'est encore à la même origine qu'on doit attribuer les douleurs variées, les vomissements fréquents, l'emphysème aigu de quelques *aortites aiguës.*

Broadbent a signalé aussi, dans l'aortite, des gastralgies de cette nature, et Leared en a observé dans l'anévrysme de l'aorte et l'insuffisance aortique. Parfois même ces troubles gastriques sont assez intenses pour attirer seuls l'attention du médecin; faire croire à des gastralgies ou à des dyspepsies simples, alors qu'ils ne constituent que des pseudo-dyspepsies ou des pseudo-gastralgies, c'est-à-dire des symptômes accessoires de la maladie principale.

Enfin, dans les affections du foie, on voit survenir des palpitations de cœur dans la pathogénie desquelles l'intervention des pneumogastriques peut aussi être invo-

(1) Peter. *Du traitement hygiénique des tuberculeux. Bull. gén. de thérap.*, 1879, p. 294.

(2) Bourdon. Recherches cliniques sur quelques signes propres à caractériser le début de la phthisie pulmonaire. *Actes Soc. méd. des hôpitaux*, 1852. — J. Heine. *Anat. path. Fragments uber phthisie tuberculos. Inaug. Adhandl*, 1827, Wurtzburg, 1827. — Fodd. *Med. Times and Gaz.*, 1854.

---

affaires, lorsqu'une échéance morbide vient le surprendre. Les cordes, tendues outre mesure par la vie politique, se cassent pour un rien, Il y a longtemps que ces réflexions m'étaient venues sur l'hygiène des hommes politiques, leur prédisposition à certains états morbides et leur défaut de résistance aux maladies en général; la confirmation de ces lois m'a paru ressortir clairement, surtout depuis que la mêlée des affaires publiques englobe un plus grand nombre de combattants, que la lutte est plus chaude et les coups plus violents. Le deuil cruel, dont l'annonce a retenti si bruyamment dans le monde entier, m'a fourni l'occasion de soulever cette question d'hygiène professionnelle, en même temps qu'il apportait un si lugubre appoint à mes conclusions.

Le nouvel an, d'ailleurs, a fait coup double, et l'on n'a pas manqué de faire ressortir la triste coïncidence qui nous enlevait en même temps deux des hommes le plus haut placés dans l'estime, la reconnaissance et l'espoir du pays. Et lui aussi, notre glorieux Chanzy, n'avait-il pas trempé son épée si pure dans le venin de la politique? Elle ne fut pourtant qu'un hors-d'œuvre vers la fin d'une carrière déjà bien remplie, et qui attendait d'autres couronnements; on peut croire que cette autre perte ne doit pas lui être imputée, car sans cela, elle serait impardonnable.

Je serais vraiment au regret de jeter l'inquiétude dans l'âme des nombreux citoyens qui se démènent dans les hautes sphères de la chose publique, et de leur persuader qu'ils sont tous menacés des maladies les plus incurables, quelque chose comme la bradypepsie et toute l'énumération immortalisée par Molière. Ils peuvent se rassurer, car je leur ai gardé un adoucissement pour la bonne bouche. En effet, la politique n'engendre pas forcément le cancer ni le diabète, mais elle fait en revanche bon nombre de malades imaginaires. Je connais tout particulièrement, dans le monde en question, certains sujets qui n'hésitent pas à

quée. M. Potain a étudié ces cardiopathies hépatiques; Murchison et Habershon en ont discuté des exemples (1).

Quelles conclusions doit-on tirer de ces faits multiples? Si non que les *synergies morbides du pneumogastrique*, ont un rôle important dans la pathologie du cœur, du poumon et de l'estomac. Au point de vue pathogénique, la médecine peut n'être pas en parfait accord avec la physiologie (2) sur la part relative du sympathique ou du pneumogastrique dans l'évolution de ces phénomènes? Peu importe, il est un fait acquis à la clinique, un fait dont l'importance diagnostique n'est plus à démontrer; à savoir que l'irritation périphérique d'un rameau quelconque du nerf vague peut provoquer à distance, dans l'un quelconque des organes innervés par ce nerf, des perturbations fonctionnelles fugitives, alternant entre elles et substituant les unes aux autres; en un mot, des troubles variés et protéiformes qui ont cet aspect toujours si mobile des maladies dans lesquelles le nerf vague est en cause.

Malheureusement, la pathologie de ce nerf est encore incomplète et obscure, malgré les travaux modernes de Habershon, Kredel, Pribram, Rossemhach, Eulembung et Guttman. Il est donc difficile d'établir pour le moment une distinction entre les phénomènes d'ordre *paralytique* et les troubles d'ordre *névralgique*, et des faits nouveaux sont encore nécessaires pour donner une précision suffisante au diagnostic. Quel est dans ces phénomènes le rôle de l'inhibition et de la dynomogénie? Quel est celui de la névrite et de la névralgie? (3) Jusqu'à quel point doit-on faire intervenir ici cet ensemble de phénomènes auxquels les anciens donnaient le nom de sympathie? (4). La solution de ces questions appartient à la médecine

(1) Murchison, *The Lancet*, 1874, t. I, p. 578. — Habershon. *Med. Times and Gaz.*, 1876, p. 681, et *British med. Journal*, 1881, t. II, p. 478.

(2) Desportes. *De l'angine de poitrine*, 1813. — Backall. *Observations on the nature and cure of dropsies*, 1813, p. 361. — Wall. *Med. transactions*, t. III, art. 14. — Schearman. *Med Times and Gaz.*, 1856, t. II, p. 283.

(3) Loupias. Thèse inaug., Paris, 1865. — Lancereaux. *Soc. de biol.*, 1864. — Peter (*Clin. méd.*, p. 475. Les angines de poitrine névritiques ou névralgiques peuvent avoir, dans l'un comme dans l'autre cas, une origine stomacale, pulmonaire ou cardiaque. — Voir : Brow-Séquard. *Soc. de biol.*, 1870, 1871 et 1872, et *Arch. of practical med.*, 1873.

(4) Monneret. *Pathol. générale*, t. I, p. 348. — Adelon. *Dict. de méd.*, p. 99, t. XXIX, 1844. — Voir le mémoire de Bourdon et celui de Schlegel : *Sylloge selectiorum opusclorum de mirabili sympathia quæ inter partes diversas corporis humani intercedit*, Leipzig, 1782.

---

se reconnaître toutes les maladies dont ils entendent parler; ils usent volontiers une boîte de Rigollot pour quelque petite douleur, ne tiennent pas en place ou s'alitent facilement, se trouvent de la fièvre, se tirent la langue devant une glace, et se laissent envahir par une nuance de misanthropie, ou mieux, pour trancher le mot, d'hypochondrie. Pourtant l'atteinte ne porte point sur toutes les fonctions; et les valétudinaires de cette classe donnent généralement à leur entourage la satisfaction de se retrouver tout dispos à table; la diète ne fait point partie de leur petit répertoire médical. Que ceux-là se félicitent et se considèrent, en dépit de leur soi-disant hypochondrie, comme les heureux survivants de la grande bataille dont j'ai essayé de signaler la funeste mortalité.

Et maintenant, si vous croyez à tout ce que je viens de vous dire sur les maléfices de la politique, faites-en part à vos amis et connaissances; vous le pouvez librement, car vous parlerez, hélas! avec cette conviction, que vous n'en détournerez jamais personne.

LUBANSKI.

NÉCROLOGIE. — Le lundi 15 janvier ont eu lieu les obsèques, à l'église Saint-François de Salles, de M. Henri Blanche. Ce jeune élève — il n'avait que vingt-deux ans — a été enlevé en quatre jours par la petite vérole dont il avait gagné le germe en soignant les varioleux à l'hôpital Lariboisière. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Frédéric Thomas, interne des hôpitaux (médaille d'or), pharmacien en chef de l'hôpital d'Alger, décédé le 12 de ce mois, à l'âge de 31 ans, à l'hospice de la Salpêtrière. — On annonce la mort de M. le docteur Roujon, médecin à Paris, décédé à l'âge de 71 ans.

expérimentale; la clinique ne doit que constater les faits quand bien même elle ne peut les expliquer.

De là, assurément, des hésitations dans le traitement. La médication opiacée à l'intérieur; la morphine en injections sous-cutanées a donné des succès à M. H. Huchard dans le traitement des perturbations d'ordre névralgique. Les pulvérisations d'éther, l'application des sacs à glace de Chapman, et la révulsion répétée sur la région cervico-dorsale de la moelle ont encore été utiles. Remarquons qu'on a aussi employé ces moyens dans le traitement de l'irritation spinale, et que leur succès, dans les cas actuels, établit un nouveau degré de parenté entre les synergies morbides d'origine centrale et les troubles symptomatiques de l'irritation cervico-dorsale de la moelle. Quant aux autres agents thérapeutiques, électricité, hydrothérapie, médicaments les plus divers, révulsion, sous forme de pointes de feu, de vésicatoire et de teinture d'iode, leur emploi est subordonné aux indications morbides dont l'extrême variété échappe à l'analyse, parce que les troubles morbides ont pour origine ce domaine si vaste du pneumo-gastrique cardiaque, pulmonaire ou stomacal.

Ch. Eloy.

Erratum. — Ajouter à la fin de la *Clinique médicale* du 6 janvier 1883, n° 2, p. 17.

Simultanément, M. Peter fait usage de la révulsion à la nuque : soit au moyen de petits vésicatoires volants, dans la polydipsie et la polyurie non sucrée soit par des applications de pointes de feu très superficielles ou de teinture d'iode, dans la glycosurie et le diabète vrai. On répète cette révulsion tous les six ou huit jours, tantôt à la nuque, tantôt derrière l'une ou l'autre des apophyses mastoïdes. Ce traitement rationnel répond donc aux deux indications principales : agir par la révulsion sur les origines et par la narcotisation sur les expansions terminales du nerf vague. L'opium, d'après Pécholier, produit ici une sorte de *catalepsie de la nutrition*; mais, à l'explication du médecin de Montpellier, nous préférons celle de M. Peter.

C. E.

THÉRAPEUTIQUE

DE LA QUASSINE ET DE SES APPLICATIONS,

Par le docteur Delmis.

La quassine est le principe actif du quassia amara. Elle est amorphe ou cristallisée. Ces deux formes produisent les mêmes effets; mais il vaut mieux donner la première à la dose de 4 à 10 centigrammes par jour, parce que la seconde, au-dessus de 2 centigrammes, produit des effets toxiques. Nous ne nous occuperons par conséquent que de la quassine amorphe qui a servi à faire la plupart des expériences, et avec laquelle on peut plus facilement varier les doses.

Chez l'homme sain, la quassine produit dès les premiers jours une augmentation rapide de l'appétit, une digestion plus complète des aliments, et dès lors un développement rapide des forces : à la dose de 4 centigrammes avant chaque repas, elle fait expulser plus vigoureusement les déchets de la nutrition et donne de bons résultats contre la constipation occasionnée par la faiblesse de la tunique musculaire de l'intestin. Cette propriété est précieuse, car elle permet de substituer, dans beaucoup de cas, la quassine aux purgatifs qui rendent souvent la constipation invincible, sans compter la constipation en retour qui se produit constamment après leur administration.

A la même dose de 4 centigrammes avant chaque repas, la quassine a été donnée à des malades ayant ordinairement trois ou quatre selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures. Après huit jours de traitement, les selles se sont raréfiées et sont redevenues normales.

D'autres expériences ont démontré que la quassine a un effet diurétique très prononcé, qu'elle augmente la sécrétion des glandes salivaires, du foie, des reins, et même des glandes mammaires. On peut tirer un excellent parti de cette dernière propriété pour les nourrices dépaysées, chez lesquelles l'anorexie est doublement funeste.

La quassine est donc un tonique amer, apéritif, stomachique qui rétablit dans l'organisme l'équilibre détruit. Elle ne doit pas être administrée dans la période aiguë des maladies, mais dans la débilité générale, la dyspepsie atonique, l'anorexie, la chlorose, les vomissements spasmodiques, les convalescences longues et difficiles, notamment les convalescences des fié-

vreux; car la quassine qui ne peut avoir, aux doses ordinaires, d'effets nuisibles sur l'homme, est mortelle pour les animaux d'ordre inférieur, oxyures, ascarides, etc., etc.

Les pilules Frémint qui ont servi à la plupart des expériences, contiennent chacune 2 centigrammes de quassine amorphe pure. On les administre à la dose de une ou deux avant chacun des deux principaux repas; à la dose maximum de six pilules par jour (12 centigrammes) il sera préférable de donner une pilule au lever, deux à midi, deux à six heures et la dernière au moment du coucher.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 janvier 1883. — Présidence de M. Blanchard.

M. Gaudy fait hommage à l'Académie, au nom de M. Saporta, correspondant, d'une magnifique brochure in-4°, sur papier de Chine, et intitulée : *Les algues fossiles*. Les algues sont, par leur constitution, très peu propres à devenir fossilles, aussi n'en retrouve-t-on que des traces contestables, et il a fallu à M. Adolphe Brongniart une très grande sagacité pour assigner à ces traces des caractères qui permissent de les classer. Un naturaliste suédois, M. Nathan, a eu l'idée de faire déposer dans le fond de baquets pleins d'eau, des matières molles, comme du plâtre, par exemple. Puis il a mis dans l'eau de ces baquets certains animaux aquatiques. Les empreintes, laissées par quelques-uns de ces animaux sur les matières molles, ont reproduit exactement plusieurs des marques qui avaient été jusqu'à présent prises pour le moulage d'algues fossiles. On voit de quelles difficultés est hérissée cette étude. Et c'est pour les bien faire comprendre, et aussi pour consigner les résultats désormais acquis, que M. Saporta a entrepris l'ouvrage que M. Gaudry offre à l'Académie.

Un deuxième mémoire, présenté également par M. Gaudry, est dû à M. Terquem. Il est relatif aux foraminifères qui ont formé le terrain de Paris, et qu'on retrouve en si grande abondance dans les pierres avec lesquelles sont construites les maisons de la capitale. M. Gaudry ajoute que M. Terquem, qui est maintenant dans sa 86e année, passe ses journées aux Jardin des plantes, étudiant sans relâche les foraminifères au microscope, et en faisant, avec un désintéressement absolu, de très précieuses préparations. M. Gaudy en met quelques échantillons sous les yeux de ses collègues.

M. Vulpian présente, au nom de M. Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux, une note sur les greffes iriennes. L'expérimentateur a enlevé sur la cornée d'un cobaye, une tranche mince ne comprenant pas toute l'épaisseur de la membrane; puis il l'a fait pénétrer dans la chambre antérieure, de façon qu'elle touchât l'iris. Au bout de peu de jours, il a vu que le lambeau de la cornée s'était greffé sur l'iris, qu'il s'était vascularisé, et qu'il était entouré de petites tumeurs perlées, de petits kystes qui semblaient résulter d'un travail très actif, probablement de nature inflammatoire. « Voici, dit M. Vulpian, l'intérêt de cette expérience : on avait souvent remarqué qu'à la suite des traumatismes oculaires, d'un coup violent, par exemple, porté sur le globe de l'œil, il se développait, dans la chambre antérieure, des kystes et de petites tumeurs perlées, qu'on ne savait à quoi attribuer. On le sait à présent, grâces aux expériences de M. Masse. Sous l'influence du traumatisme, il se détache un lambeau de la face postérieure de la cornée, lequel se greffe sur l'iris. »

M. Bouley dépose sur le bureau, pour être renvoyées à la commission du prix Montyon, trois brochures de M. le docteur Glénard, de Lyon, relatives au traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand, c'est-à-dire par la réfrigération. C'est à Stettin, en 1870, alors qu'il était prisonnier de guerre, que M. Glénard a pu se rendre compte des résultats obtenus par ce traitement. Depuis cette époque, il a préconisé cette méthode avec une ardeur d'apôtre, sans trop parvenir, paraît-il, à la faire adopter. Dans les brochures dont il s'agit aujourd'hui, il met en parallèle les statistiques des armées françaises et allemandes sous le rapport de la fièvre typhoïde. Tandis que la mortalité, en France, atteint le chiffre de 36 p. 100; elle n'est, en Allemagne, que de 8 à 10 p. 100 tout au plus.

M. H. Bouley se demande si l'abaissement continu de température que l'on obtient par la méthode hypothermique, n'agit pas en modifiant les conditions dans lesquelles peut se développer l'élément contagieux de la fièvre typhoïde? M. Pasteur a montré qu'en refroidissant les poules inoculées du choléra, on tuait le microbe de cette maladie, ou, du moins, qu'on s'opposait à son développement.

M. Vulpian demande à faire une simple remarque au sujet de la communication de M. Bouley. Il commence par dire qu'il n'a pas d'expériences personnelles à l'égard de la méthode de Brand. Mais il est frappé de ce fait, à savoir que si les choses étaient aussi mani-

festes que le prétend M. le docteur Glénard, il y aurait une sorte d'incurie coupable de la part des chirurgiens de l'armée française. Il lui semble donc probable que les chiffres des statistiques ne doivent pas offrir des écarts aussi considérables, et, dans tous les cas, il convient d'attendre que la commission nommée à l'Académie de médecine ait recherché et fait connaître pourquoi les résultats de la méthode de Brand n'ont pas été les mêmes entre les mains françaises et les mains allemandes. Beaucoup de médecins français, en effet, ont essayé de cette méthode, non seulement pour l'armée, mais dans les hôpitaux civils, et la différence dans les autres méthodes de traitement, quant aux chiffres des guérisons, n'a pas été sensible.

M. Bouley répond que l'affaire importante est d'appeler l'attention du Corps médical et du public sur cette question.

Un docteur qui ne tient probablement pas à être nommé, laisse bien loin derrière lui Brand et sa méthode. Il affirme que depuis trente ans il guérit toutes les fièvres typhoïdes, à tous les âges et à toutes les périodes, pourvu qu'il puisse employer son moyen soixante-douze heures avant l'heure probable de la mort. Et ce moyen héroïque, quel est-il? Tout simplement le sulfate de quinine, employé seul, dans une infusion de café noir qui sert de véhicule. Oui, mais, ajoute l'auteur dans la note dont il donne lecture à l'Académie, « pour que le sulfate de quinine triomphe de la fièvre typhoïde, il faut savoir : 1° pourquoi on l'emploie; 2° le moment opportun pour l'administrer; 3° les signes qui indiquent qu'il faut le suspendre ou augmenter toutes les doses. »

Nous avons eu l'indiscrétion de demander à l'auteur s'il avait publié quelque part, ou fait connaître d'une façon quelconque les indications de son traitement. Non, nous fut-il répondu, parce que le professeur Grisolle ne voulut pas accepter mes conditions. — Et qu'elles étaient ces conditions? — J'exigeais que M. Grisolle me fît appeler auprès de ses malades désespérés, que j'aurais soignés moi-même.

Si l'on comprend le refus de Grisolle, on comprend moins celui de l'auteur dont il est question. Dans le cas où Grisolle aurait souscrit à ses conditions, l'auteur aurait-il fait connaître sa méthode? Eh bien, pourquoi ne la fait-il pas connaître maintenant que Grisolle est mort? Prétend-il que tous les médecins de Paris l'appellent pour sauver leurs typhiques? Cela n'est guère possible. Resteraient ceux de la province et de l'étranger.

En résumé, si l'auteur de la note n'a visé qu'un but ; faire savoir qu'il possède un moyen infaillible de guérir toutes les fièvres typhoïdes sans vouloir dire quel est ce moyen, il nous semble, en toute franchise, que ce n'est pas à l'Académie des sciences qu'il devait s'adresser ; à moins qu'il n'ait demandé, — ce que nous ne croyons pas, — une commission d'examen devant laquelle il divulguera son secret. — M. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

Des névroses dependant du nerf vague, par le docteur Rosenbach. — On connaît la fréquence des troubles cardiaques à la suite des indigestions ; l'auteur leur compare les accidents suivants dont il a été témoin :

Le premier malade éprouvait des palpitations cardiaques quand il était dans le décubitus dorsal, de l'anxiété et du refroidissement des extrémités ; il était anémique et atteint d'athérome artériel et d'emphysème pulmonaire. Dans la station debout, les pulsations cardiaques étaient régulières et au nombre de 72 ; mais, dans le décubitus dorsal, elles n'étaient plus que de 60 ou 64 et devenaient irrégulières et intermittentes. Le docteur Rosebach attribue ces différences à l'afflux moins considérable du sang dans le crâne quand le malade est couché, et par conséquent à une excitation moins grande du nerf vague.

Le deuxième malade était un phthisique qui éprouvait de la céphalalgie et du vertige, et dont les pupilles étaient très contractées. Deux jours après son entrée à l'hôpital, il eut une syncope, avec perte de connaissance. Sa respiration s'arrêta pendant une minute. Le cœur battait rapidement et faiblement. On pratiqua la respiration artificielle pendant une heure et demie. Chaque fois qu'on la cessait, les mouvements respiratoires devenaient nuls et le malade se cyanosait. Après un certain temps, on observa la respiration de Cheyne-Stokes. Le malade succomba un mois plus tard à une méningite tuberculeuse. Le docteur Rosenbach attribue ces accidents à une paralysie centrale du nerf vague par trouble de nutrition du centre respiratoire de la moelle allongée. (*Deutsch med. Woch*, 1882, n° 12, et *The London med. Record*, 15 juin 1882.) — L. D.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 5 au 11 janvier 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,122. — Fièvre typhoïde, 69. — Variole, 6. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 42. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 11. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 61. — Phthisie pulmonaire, 208. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 72. — Bronchites aiguës, 42. — Pneumonie, 69. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 38 ; au sein et mixte, 23; inconnus, 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110 ; circulatoire, 48 ; respiratoire, 71 ; digestif, 44; génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 47. — Causes non classées, 11.

CONCLUSIONS DE LA 2e SEMAINE. — Il a été enregistré cette semaine 1,365 naissances et 1,122 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,094, 1,202, 1.116, 1,099. Le chiffre de 1,122 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc légèrement inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir :

Une atténuation pour la Variole (6 décès au lieu de 11 pendant la 1re semaine) ; la coqueluche (2 au lieu de 7); l'Infection puerpérale (3 au lieu de 6) ; — une aggravation pour la Rougeole (23 décès au lieu de 9).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 69 décès par Fièvre typhoïde (au lieu de 71); 42 par la Diphthérie (au lieu de 40), et 11 par Erysipèle (au lieu de 10).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (88 malades reçus du 1er au 7 janvier) au lieu de 155 entrés pendant les 7 jours précédents), et supérieur pour la Variole (29 au lieu de 19) et pour la Diphthérie (31 au lieu de 24).

Pour la première fois depuis cinq mois, le nombre des malades admis dans les hôpitaux pour Fièvre typhoïde est descendu au-dessous de 100. Le chiffre de 88, accusé plus haut, ne dépasse pas la moyenne des admissions en temps de non-épidémie. On est donc en droit de croire que la mortalité typhoïdique, encore très élevée cette semaine, va prochainement s'abaisser au taux normal.

Si le nombre des cas d'invasion par Fièvre typhoïde a diminué d'une manière sensible, celui des décès par Rougeole s'est au contraire accru d'une semaine à l'autre, dans des proportions notables. Le chiffre de 28 décès, qui est celui de la dernière semaine, n'avait pas été atteint depuis le mois de juillet 1882, c'est-à-dire depuis l'époque où la Rougeole régnait à Paris à l'état épidémique.

Au point de vue de la répartition locale, les quartiers qui ont fourni le plus de victimes à l'épidémie rubéolique sont ceux du *Montparnasse*, de *Javel*, des *Grandes-Carrières*, de *Belleville* dans chacun desquels il s'est produit 3 décès par cette cause.

Dr BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 22 au 27 janvier 1883.

Lundi et mardi, 22 et 23 janvier, pas de thèses.

Mercredi 24. — M. Brunet : Étude clinique physiologique de l'état d'opportunité de contracture. (Président, M. Charcot.)

M. Didion : De la fièvre typhoïde à forme rénale. (Président, M. Potain.)

Jeudi 25. — M. Liandier : Essai sur la gangrène pulmonaire dans le cours de quelques affections chroniques du poumon et des bronches. (Président, M. Peter.)

M. Delas : De la laryngite catarrhale aiguë dans la première enfance. (Président, M. Peter.)

Vendredi 26. — M. Genty : Des symptômes laryngés d'origine nerveuse dans le cancer de l'œsophage. (Président, M. Duplay.)

M. Coulon : Essai sur le cancer du corps thyroïde. (Président, M. Verneuil.)

Samedi 27. — Pas de thèses.

FORMULAIRE

Gargarisme contre la stomatite mercurielle. — Ricord.

Acide chlorhydrique pur. . . . . 1 gramme.
Mellite de roses. . . . . 30 —
Hydrolat de laitue . . . . 220 —

Mêlez pour un gargarisme à employer dans la stomatite avec salivation mercurielle. — N. G.

COURRIER

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 20 décembre 1882, ont été nommés dans le corps de santé militaire.

Au grade de médecin-major de deuxième classe: MM. Bonnaix et Gazin.

— Par arrêté préfectoral en date du 29 décembre 1882, sont nommés membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine, pour une nouvelle période de cinq années, à dater du 1er janvier 1883, MM. Potier et Huard, membres sortants.

Le sens de la couleur chez les crustacés. — M. de Merejkowski, reprenant les recherches de sir John Lubbock et de M. Paul Bert sur le sens de la couleur chez les animaux inférieurs, a fait des expériences sur les crustacés, spécialement sur des larves de cirripèdes et sur un copépode. Dans l'obscurité, les animaux se répandent sur toutes les régions du vase où ils sont renfermés. Si l'on fait arriver la lumière du jour par une seule fente, ils s'entassent dans la portion éclairée, et cela, quelle que soit la couleur de la lumière. Si l'on pratique deux fentes faisant entre elles un angle de 40°, qu'on envoie par l'une de la lumière blanche, par l'autre de la lumière monochromatique, la plupart des crustacés, sinon tous, montrent une préférence pour la lumière blanche; cependant les couleurs claires (jaune, vert, rose) attirent quelques individus. Quand on se sert de deux lumières monochromatiques, c'est la plus brillante qui a le plus d'amateurs; pour deux rayons du même éclat, les animaux se partagent en moitiés égales. Toute supériorité dans la quantité de lumière attire le gros de la colonie, que la lumière soit monochromatique ou non. Ces faits peuvent très bien s'expliquer par la théorie de M. Charpentier, d'après laquelle les portions les moins parfaites de la rétine n'admettent que la sensation de lumière incolore. Il est infiniment probable que les yeux composés des crustacés atteignent tout au plus à la sensibilité rudimentaire des portions périphériques de notre rétine, et que la notion des différentes couleurs n'existe pas pour eux.

Mœurs du Yunnan. — Nous trouvons, dans *Nature*, d'intéressants détails sur les mœurs des peuplades qui habitent la partie de la Chine comprise dans le Yunnan, entre Canton et Bhamo. Ces aborigènes ont une physionomie plus caractérisée que les Chinois proprement dits et sont remarquables par leur esprit d'hospitalité. Les femmes ne se mutilent pas les pieds et portent un costume pittoresque qui rappelle un peu l'ancien costume des jeunes filles suisses et tyroliennes. Voici comment on se marie dans ces pays-là. Au jour de l'an, tous les célibataires se placent le long d'un ravin, les hommes d'un côté, les femmes de l'autre. Chaque demoiselle lance une balle par-dessus le ravin; l'homme qui l'attrape est l'heureux époux. On assure que les femmes sont très adroites à ce jeu, si bien que le jeune homme qu'elles préfèrent est presque sûr de saisir la balle. M. Colqhoun a retrouvé dans ce pays la coutume bizarre signalée par Marco Pollo, et connue dans le pays basque où elle a longtemps existé sous le nom de *couvade*. A la naissance d'un enfant, c'est le mari qui se met au lit pendant trente ours, tandis que la femme fait sa besogne.

Société médico-pratique. — Bureau pour l'année 1883:

Président, M. Finot; vice-président, M. Ed. Michel; secrétaire général, M. J. Cyr; secrétaires, MM. Lutaud et Tripet; trésorier, M. Dehenne; archiviste, M. Apostoli; référendaires, MM. Labarraque et Collineau.

Voies urinaires. — Le docteur H. Picard a commencé son cours à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, le mardi 16 janvier, à 8 heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 octobre 1882. — Présidence de M. DUROZIEZ.

Compte rendu des travaux et du mouvement de la Société pendant l'année 1881,

Par M. DE BEAUVAIS, secrétaire général.

Messieurs et chers Collègues,

Conformément à notre règlement, je viens vous soumettre le compte rendu des travaux de l'année précédente, c'est-à-dire l'analyse d'un volume qui ne compte pas moins de 302 pages.

Grâce à la constitution encyclopédique de notre Société, vous avez abordé les sujets les plus variés de la pathologie interne et de la pathologie externe, aussi bien que vous vous êtes occupés, selon l'opportunité, des points les plus intéressants de la thérapeutique, de l'hygiène, de la médecine légale, voire même des questions de déontologie médicale, de droit professionnel et de l'histoire complète des archives de notre Société, depuis l'époque presque centenaire de sa fondation jusqu'à nos jours.

Il est impossible, dans une analyse de ce genre, de suivre un plan parfaitement méthodique et régulier. Je commencerai par vous exposer les travaux qui appartiennent à la pathologie interne, et tout d'abord aux affections du système nerveux.

Affections du système nerveux. — La guérison de la méningite tuberculeuse reste jusqu'à ce jour, quoi qu'on en dise, un fait rare et isolé dans le domaine de la pathologie et de la thérapeutique. Cette question a soulevé dans la Société une discussion des plus intéressantes entre MM. Blache, Besnier, Gillette et Rougon. En opposition au mémoire que vous a présenté M. le docteur R. Blache et ayant pour titre : *Réflexions sur quelques cas de méningite guéris chez les enfants* (M. Blache avait en vue la méningite tuberculeuse), notre collègue, M. Rougon, vous a communiqué une observation « de méningite traitée par l'iodure de potassium ». M. Rougon n'avait point à vous parler de guérison, notre collègue est pessimiste sur ce mode de terminaison dans la méningite tuberculeuse. Cette observation, notée pendant quarante jours au lit du malade, témoigne du soin et de l'attention que notre collègue a mis à colliger tous les phénomènes cliniques de la maladie. M. Rougon s'est attaché ensuite à préciser les conditions, les caractères qui doivent, dans cette grave maladie, distinguer la rémission de la guérison. Nature tuberculeuse de la maladie, retour à l'état de santé et période de temps écoulé dans ce retour persistant à l'état de santé, tels sont les principaux éléments d'appréciation mis en cause par notre collègue. C'est qu'il ne faut pas oublier que, si l'on a cité des cas de méningite tuberculeuse guéris chez des enfants, on a cependant observé dans cette période, dite de guérison, de l'hébétude, de l'idiotie, de l'éclampsie, des troubles encéphaliques, et que de nouvelles poussées méningitiques ont plus tard conduit ces mêmes sujets à la mort ; ou encore, comme dans les faits relatés par M. Tissier, et observés par de nombreux médecins, les manifestations tuberculeuses se sont produites sur d'autres organes, et la terminaison fatale est arrivée quand même.

M. Rougon n'avait pas manqué de rappeler des faits de convulsions, de pseudo-méningite, qui avaient pu jouir du bénéfice de la guérison à titre de méningite tuberculeuse.

Quant à nous, en voyant les bons résultats obtenus par la médication mercurielle, le calomel, les frictions avec l'onguent napolitain dans certains cas de méningite, il nous est souvent venu la pensée que ces accidents cérébraux pourraient bien être l'expression de manifestations syphilitiques, la conséquence de néoplasies dues à la syphilis héréditaire. Cette opinion peut paraître hasardée ; en tout cas, elle n'est pas irrationnelle. C'est un point à élucider par l'étude de la santé des parents.

M. Blondeau est intervenu dans le débat par une communication des plus intéressantes : Un enfant, âgé de 5 ans 1/2, est affecté d'angine diphtéritique et de croup : trachéotomie ;

un mois et demi après, à la fin de décembre, l'enfant guéri retourne à l'école. En février, broncho-pneumonie généralisée dans les deux poumons. Vingt jours après, le petit malade semblait marcher résolument vers la convalescence; c'est à peine si l'on entendait quelques râles humides, disséminés et s'il y avait quelques quintes de toux. C'est alors que sans cause appréciable, l'enfant est pris de vomissements, de convulsions. La nouvelle maladie met, pendant plus de dix jours, l'enfant entre la vie et la mort, et présente tous les caractères de la fièvre cérébrale; succédant à l'affection pulmonaire, elle donne à penser à notre collègue qu'il avait affaire à une méningite tuberculeuse. Ce gros orage finit par se calmer: l'enfant reprend ses forces, rentre dans sa vie habituelle, mais, fait capital, il était sujet, à des intervalles plus ou moins éloignés de quelques jours, à des attaques épileptiformes. M. Blondeau avait tout lieu de penser que la poussée méningitique s'était produite probablement autour de quelques exsudats tuberculeux, et que les tubercules étaient encore la cause des convulsions qui se répétaient sans cause appréciable. Incidemment notre collègue apprend, un peu plus tard, que cet enfant était tout à fait bien et complètement quitte de ses convulsions, qui n'avaient point reparu, depuis qu'un médecin lui avait fait *l'opération du phimosis* dont le petit malade était affecté.

Cette relation a conduit M. Reliquet à présenter d'intéressantes considérations, avec faits cliniques à l'appui, sur les troubles nerveux dus au phimosis à tous les âges, depuis l'enfant à la mamelle jusqu'aux vieillards. M. Reliquet s'est attaché à montrer la graduation de ces accidents et, après les faits cités par lui, on comprend très bien comment les troubles de la miction, les douleurs en urinant, l'état d'hérétisme constant, dû à l'irritabilité excessive de la muqueuse uréthrale et entretenu par un phimosis, peuvent provoquer des convulsions.

M. Mathelin vous a présenté à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un mémoire qui a pour sujet : *Un cas d'hydrocéphalie chronique consécutive à une attaque de méningite aiguë, traité par l'emploi des courants continus.* En désespoir de cause, et en face des symptômes d'irritation cérébrale et bulbeuse, toux, vomissements, contractures, qui dominent la scène pathologique chez son malade, M. le docteur Mathelin pense à tirer parti de l'action antiphlogistique, de l'action sédative que l'on peut attendre d'un courant électrique convenablement dosé et convenablement appliqué. M. le docteur Mathelin a recours à la pile humide de Trouvé et, dès la première application, les convulsions et les vomissements cessent. M. le docteur Mathelin conclut qu'il importe de retenir de cet essai thérapeutique ce fait immédiat, bien évident, de la disparition de ces symptômes graves de révolte du pneumogastrique, incompatibles avec la vie, et que réduite à cela, l'action bienfaisante des courants continus dans la forme et de la façon qu'il a indiquées, lui paraît incontestable. En un mot, pour notre collègue, c'est une médication simple, sans danger, facilement dosable, que l'on peut considérer, dans tous les cas, comme le sédatif par excellence des troubles nerveux, d'origine centrale ou réflexe, contractures hémiplégiques, spasmes rabiques, angine de poitrine, asthme essentiel.

Mais à ne considérer que la méningite franche ou tuberculeuse, et alors même que la médication par les courants continus ne serait qu'une médication palliative, nous espérons que M. le docteur Mathelin ne limitera point au seul fait qu'il nous a rapporté, cet emploi des courants continus, et que d'autres observations viendront se joindre à la première.

La terminaison par la mort était, il y a deux ans à peine, considérée pour le rhumatisme cérébral à vraiment dire comme la règle. L'application de la méthode des bains froids au traitement de l'encéphalopathie rhumatismale, a considérablement modifié le pronostic de cette grave maladie. Les faits se sont ajoutés aux faits; et à ceux de Maurice Raynaud, de Woillez, de Béhier, de MM. Blachez, Féréol, Vallin, Potain, M. J. Besnier vous a apporté le contingent d'une observation consciencieusement relevée, et ayant pour titre : *Rhumatisme cérébral avec complications cardiaques et pleuro-pulmonaires, traité par les bains froids.*

Aujourd'hui les succès sont pour ainsi dire constants et les revers exceptionnels, tandis que c'est rigoureusement l'inverse qui avait lieu pour tous les autres modes de traitement proposés. Ce qui rend encore l'observation de notre collègue d'autant plus intéressante, c'est qu'au moment où il a eu recours au traitement par les bains froids, existaient des complications cardiaques et pleuro-pulmonaires qui semblaient contre-indiquer cette médication ; complications qui cependant n'ont pas été exagérées par le traitement, et n'ont en rien entravé la guérison. Il ne s'agissait point, il est vrai, d'un bruit de souffle lié à une endocardite ; c'était plutôt un souffle fébrile; le souffle, la fréquence des mouvements respiratoires ont subi des bains froids, une influence favorable. Déjà Voillez, dans deux observations, avait établi que le cas échéant, on peut avoir recours aux bains froids, sans trop d'hésitation et avec succès, alors même qu'il existait des complications cardiaques et pleuro-pulmonaires.

C'est un fait avéré que l'usage ou plutôt l'abus du tabac peut donner lieu à des accidents

d'angine de poitrine. M. le docteur Graux vous a communiqué une observation très probante *d'angine de poitrine causée par le tabagisme.* Aucun des symptômes classiques de l'*angor pectoris* ne manque dans cette relation que l'on peut considérer comme un cas type. L'étiologie en est très nette. Aucune diathèse goutteuse et rhumatismale ne semble pouvoir être mise en jeu, non plus que l'alcoolisme, la syphilis ou l'épilepsie. Un examen minutieux des organes thoraciques et circulatoires ne permettait pas non plus d'envisager la maladie comme dépendant d'une lésion locale du cœur ou des vaisseaux. Mais, les habitudes du malade révèlent qu'il fume beaucoup, qu'il fume trop, et il le sait. Aussi la cessation de l'usage du tabac amène-t-elle la cessation des phénomènes douloureux. Le malade se borne-t-il plus tard à se modérer dans l'usage du tabac, les accès diminuent de fréquence et d'intensité, pour reparaître plus fréquents et plus intenses à mesure qu'il en augmente la consommation. M. le docteur Graux s'est efforcé d'esquisser la physiologie pathologique de l'angine de poitrine nicotianique. Les troubles de la circulation cardiaque peuvent s'expliquer, pour lui, par l'irritation des noyaux d'origine du pneumo-gastrique, irritation toxique du pneumo-gastrique à son origine bulbaire, se traduisant par un spasme des muscles bronchiques, un arrêt du cœur, des troubles stomacaux constituant la dyspepsie des fumeurs.

A l'appui de l'observation de M. le docteur Graux, M. Rougon vous a communiqué une autre observation de *troubles cardiaques avec amblyopie nicotinique* sans lésion aucune de l'œil. » De même que pour le malade de M. le docteur Graux, avec l'emploi du bromure de potassium et la cessation complète de l'usage du tabac, tout est rentré dans l'ordre.

Quelle que soit la théorie que l'on adopte pour la pathogénie du goître exophthalmique, soit qu'on localise le siège de la lésion dans le cordon nerveux lui-même du grand sympathique ou dans les ganglions cervicaux échelonnés sur son trajet, *l'observation de goître exophthalmique,* présentée par M. le docteur Fauquez, vient se ranger dans la série des faits pathologiques du système nerveux que nous étudions dans ce moment. Ainsi que l'a fait remarquer avec juste raison le rapporteur, M. Abadie, deux points principaux méritent, dans la communication de M. le docteur Fauquez, d'être relevés avec soin. D'abord, la cause de la maladie qui est ici nette, précise, et pourra peut-être jeter quelque lumière sur la question encore obscure de cette singulière affection. En second lieu, la guérison presque complète obtenue sous l'influence d'un traitement complexe, dont l'hydrothérapie a été le principal élément. Dans le cas de M. le docteur Fauquez, il semble nettement établi que le traumatisme a été le point de départ de l'affection, et c'est à un ébranlement transmis aux centres d'origine des vaso-moteurs de la région cervicale, que l'auteur attribue le développement de la maladie. La cause première du goître exophthalmique ne doit donc pas être cherchée seulement dans le cordon nerveux du grand sympathique, mais aussi dans les centres d'origine de la partie supérieure de la moelle qui sont probablement multiples.

Cette question de la nature de la maladie n'est pas simplement théorique; elle acquiert une importance considérable, quand il s'agit du traitement. Les courants continus, les révulsifs sous toutes les formes, l'hydrothérapie sont les agents les plus puissants dont nous pouvons disposer, quant il s'agit de combattre les affections médullaires. Il ne serait pas alors indifférent de diriger ces courants continus le long de la partie supérieure de la moelle, plutôt que sur le trajet du cordon cervical; d'appliquer les révulsifs à la partie supérieure de l'axe spinal, où siègent probablement les noyaux d'origine du sympathique cervical, toutes considérations longuement exposées et consciencieusement discutées par MM. Fauquez et Abadie.

L'opinion la plus accréditée, aujourd'hui, rattache le *mal perforant* à une lésion plus ou moins étendue du système nerveux central ou périphérique; elle le considère comme un trouble trophique consécutif à une lésion nerveuse.

Ayant observé deux cas de mal perforant chez des paralytiques généraux, M. Christian, dans un mémoire *sur le mal perforant du pied dans la paralysie générale,* s'est demandé quel rapport il peut y avoir avec cette affection et la paralysie générale. Existe-t-il simplement une coïncidence fortuite, ou faut-il rechercher un lien plus étroit entre les deux maladies? On sait que dans la paralysie générale, les troubles trophiques sont fréquents et variés; on sait aussi que chez les paralytiques, ce n'est pas le cerveau seul qui est atteint; tout le système cérébro-spinal peut être plus ou moins profondément lésé. Il n'y aurait donc rien d'étonnant que le mal perforant fut une des manifestations de ces troubles souvent si variés. M. Christian reconnaît, du reste, que cette hypothèse demande, pour être confirmée, des faits nouveaux et plus concluants.

L'arthrite noueuse et sa pathogénie, tel est le titre d'une communication faite par M. Durand-Fardel, à propos d'un travail de M. le docteur Moncorvo, de Rio-Janeiro : *Du rhumatisme chronique noueux des enfants et de son traitement,* travail dont nous devons la connaissance et la traduction à M. le docteur Mauriac, de Bordeaux.

Les maladies générales, auxquelles on peut appliquer l'idée de diathèse, ne sont pas le fait

de l'enfance. L'arthrite noueuse, cette maladie si spéciale et si fatale dans son évolution, n'est point une maladie purement articulaire; c'est une maladie générale à laquelle il ne paraît pas, à M. Durand-Fardel, qu'on puisse refuser le caractère diathésique; c'est un état dans lequel l'arthrite n'est qu'une détermination particulière d'une altération générale du système. L'extrême rareté de l'arthrite noueuse dans l'enfance ne doit donc pas étonner. Si on ne peut définir les conditions constitutionnelles qui président au développement de l'arthrite noueuse, on peut cependant affirmer que l'arthrite noueuse n'est pas un rhumatisme, c'est-à-dire qu'elle est absolument distincte des autres états morbides qui, dans la nosologie contemporaine, se trouvent englobés sous la dénomination de rhumatisme. M. Durand-Fardel, après avoir développé ces considérations, examine successivement le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme chronique seulement au point de vue de l'arthrine noueuse, et le rhumatisme musculaire ou abarticulaire, en comparant leur *évolution*, leurs *caractères anatomiques*, le *siège des déterminations*, l'*étiologie*, la *thérapeutique*. Et il conclut qu'il n'existe rien de commun entre ces trois états morbides, que l'on désigne sous le nom de rhumatisme; que, si l'arthrite noueuse est un rhumatisme, les deux autres ne sont pas des rhumatismes, et que, si cette dernière dénomination doit leur être conservée, ou à l'un d'entre eux, elle ne saurait appartenir à l'arthrite noueuse.

Pyrexies. — Considérations sommaires sur le pouls et la température, dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde de Brest (1880), par M. le docteur Th. Caradec fils (de Brest).

Un point qui a frappé au premier chef l'auteur de ce mémoire, est l'écart considérable qu'il a constaté, dans un certain nombre de cas, entre le pouls et la température. M. Caradec, en opposition aux cas sans gravité où à une température élevée s'alliait un chiffre du pouls bas, cite des cas graves où, au contraire, la température était tempérée et le chiffre de pouls très élevé. A ce propos, le rapporteur, M. Duroziez, n'a pas manqué d'insister sur ce fait que le pouls était un élément très important du pronostic et du diagnostic par sa forme dicrote, sur laquelle M. Bouillaud a depuis longtemps appelé l'attention.

De la diarrhée de cause palustre, par le docteur Lardier, de Rambervilliers (Vosges).

Dans certaines régions, l'infection miasmatique tellurique ou palustre domine toute la nosologie, et il faut rapporter à cette cause le plus grand nombre de maladies observées. Tel est le cas, dans la circonscription où exerce M. le docteur Lardier. Aussi ne met-il pas en doute que les effluves telluriques, marécageuses, sont la source, dans son canton, d'accidents divers intimement liés à la fièvre intermittente et, dans l'immense majorité des cas, susceptibles d'être guéris par le sulfate de quinine. Parmi ces différents accidents dépendant de l'impaludisme, M. Lardier s'est attaché à ceux qui ont uniquement trait aux phénomènes intestinaux, congestifs ou hémorrhagiques, liés à la fièvre intermittente et justiciables du sulfate de quinine.

Maladies du foie. — M. Perrin vous a relaté l'observation de deux malades atteints de calculs biliaires et vous a présenté les calculs expulsés. Notre collègue s'était attaché à faire remarquer combien, dans les deux cas, la symptomatologie a été différente, bien que liés en apparence à une cause commune, la présence dans les conduits de l'appareil biliaire de calculs assez volumineux. En effet, dans la première observation, on constate chez le malade l'absence d'ictère et d'accès véritable de coliques hépatiques, tout le cortège symptomatique se bornant à des douleurs abdominales plus ou moins vives, avec point fixe dans l'hypochondre droit, mais sans paroxysme aucun. Dans la seconde observation se déroulent, au contraire, chez le patient, tous les phénomènes classiques de la crise hépatique avec cette particularité que ce n'est qu'au bout d'un an de l'existence d'une gastrodymie presque continue et sans allures paroxystiques, que le diagnostic a pu être établi.

A propos du traitement, notre cher collègue a rappelé avec bonheur l'importante modification au remède de Durand, indiquée par notre vénéré bienfaiteur Duparcque, modification qui consiste dans la formule suivante :

Ether.	4	grammes.
Huile de ricin.	60	—
Sirop de sucre	30	—

à prendre par une ou deux cuillerées, toutes les demi-heures d'abord; puis, d'heure en heure. Cette préparation est fort bien supportée, calme les crises et facilite l'expulsion des calculs biliaires.

C'est en 1844 et en 1860 que Duparcque a fait cette communication à la Société de médecine de Paris.

La cirrhose du foie est le sujet, depuis plusieurs années, d'études spéciales. M. Cyr nous a

donné, sous le nom de *Contributions à la cirrhose hépatique*, un travail consciencieux dont voici les conclusions :

1° La sclérose dite atrophique, ou sclérose alcoolique, est susceptible de présenter et présente souvent une première période pendant laquelle le foie est augmenté de volume. L'ictère survenant dans ces conditions peut faire croire à une vraie cirrhose hypertrophique, alors que ce n'est qu'un épiphénomème, ou le résultat de quelque complication, ou le symptôme de quelque autre affection coexistante ;

2° La constatation d'une diminution du volume du foie a une assez grande importance pour le diagnostic de la forme de sclérose ; l'augmentation de volume en a infiniment moins, parce qu'elle peut être l'effet de circonstances très diverses et exister dans des cas assez dissemblables ;

3° Les modalités variées que peut offrir la sclérose hépatique sont liées, soit à des éléments étiologiques distincts, soit à l'action simultanée de plusieurs de ces éléments, apportant chacun son influence particulière et imprimant à l'affection un cachet spécial ;

4° On peut admettre une classification provisoire des cirrhoses en conjonctives et épithéliales, ou encore en interstitielles et parenchymateuses, mais plutôt au point de vue histologique que clinique ;

5° La durée comparée de l'évolution, dans ces deux catégories, est assez difficile à établir, faute de données assez précises. Dans tous les cas, il n'est nullement prouvé qu'elle soit plus courte dans la première que dans l'autre ;

6° Une terminaison rapide est plus à craindre dans la seconde que dans la première, parce que le parenchyme est le siège principal du processus de désorganisation ;

7° Sauf dans les premières périodes, où l'on a des moyens d'action d'une certaine efficacité (alcalins, révulsifs, sels d'ammonium), le traitement, à quelque catégorie qu'appartienne la sclérose, est purement palliatif et ne peut que retarder le dénouement.

Maladies du cœur. — De la péricardo-pleurite dans le rhumatisme articulaire aigu, par M. Duroziez.

Notre collègue s'est occupé, dans ce mémoire, de la péricardo-pleurite qui se montre à travers une atttaque de rhumatisme articulaire aigu ; et c'est bien avec intention qu'il a placé ici le péricarde avant la plèvre, ses observations lui ayant démontré que la péricardite apparaissait plusieurs jours avant la pleurésie. Aussi fait-il remarquer que lorsqu'on a constaté une péricardite intense, reconnaissable à son double ou triple frottement à timbre caractéristique, on doit craindre qu'il ne survienne tôt ou tard une pleurésie d'abord gauche, puis droite. Cette pleurésie guérit habituellement dans un temps parfois assez court, d'autres fois très long, mais peut tuer quand elle prend la forme diaphragmatique ou laisser des adhérences toujours défavorables. En insistant sur la succession des accidents péricardiques et pleuraux, notre collègue reconnaît cependant qu'ils peuvent être simultanés ; que la pleurésie peut précéder la péricardite et le rhumatisme articulaire aigu. M. Duroziez, en rapportant une série d'observations personnelles, examine la fréquence des complications, leur diagnostic, leur début, leur durée, leur terminaison, le traitement, et pose enfin cette conclusion ; à savoir : « 1° Que, « dans un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'il se produit une péricardite intense, il faut « s'attendre à une pleurésie gauche d'abord, droite ensuite ; 2° que l'endocardite isolée est « rarement suivie de pleurésie. »

Dans une autre communication intitulée : *Mitrale et tricuspide*. M. Duroziez a voulu démontrer que le rétrécissement mitral pur, très étroit, est la règle ; que plus ce rétrécissement mitral est étroit, moins il s'accompagne de souffle ; que lorsqu'en même temps que les signes shtéthoscopique du rétrécissement mitral, on entend un souffle au premier temps, ce souffle appartient à la tricuspide ; qu'il est indispensable de poursuivre le souffle jusqu'en arrière de la poitrine, la présence habituelle du souffle mitral dans cet endroit étant un fait mal connu, non consigné par les auteurs et qui a besoin d'être constaté par la clinique ; qu'on arrivera peut-être à établir le diagnostic des souffles mitraux et des souffles sanguins ; ce ne sont que les souffles d'intensité suffisante qui peuvent ainsi se faire entendre en arrière. Et, d'une série d'observations, il déduit les conclusions suivantes :

1° Le rétrécissement mitral pur, sans insuffisance correspondante, est très étroit.

2° Tout rétrécissement très étroit est pur.

3° Le souffle d'insuffisance que l'on entend dans un certain nombre de cas, s'entend de la pointe à l'aisselle gauche et en arrière de la poitrine des deux côtés.

5° Le rétrécissement très étroit de l'orifice de la tricuspide peut être diagnostiqué par l'absence du souffle d'insuffisance de la tricuspide.

6° Dans l'insuffisance de la tricuspide, le souffle est antérieur ; dans l'insuffisance mitrale, le souffle est postérieur.

7° Souvent le souffle tricuspidien est piaulant.

Dans une troisième communication, notre infatigable collègue aborde la question *de la fréquence de la lésion aiguë et chroniqne de la tricuspide.*

Il a été posé en principe que les lésions de la tricuspide sont rares. M. Duroziez, dans ce mémoire, s'est attaché à montrer la fréquence de la lésion de la tricuspide. Comme on trouvait les souffles fréquents, on en a cherché la production en dehors des altérations mêmes de la valvule. On a admis avec raison, dit M. Duroziez, les insuffisances par asystolie, mais on a été jusqu'à l'excès, et on a créé l'insuffisance sans asystolie par dilatation du ventricule et mauvais fonctionnement des muscles papillaires. On n'admet pas que l'insuffisance de la tricuspide ne se manifeste que par un souffle doux, et à la partie la plus interne du quatrième espace intercostal gauche. Si le souffle dépasse cette limite, on l'attribue à l'insuffisance mitrale. On ne voit pas, dit M. Duroziez, d'insuffisance tricuspide par lésion de la valvule; et cependant, ajoute-t-il, pour voir la lésion, il suffit d'y regarder. Les recherches se bornent aux cavités gauches; les cavités droites sont négligées, ou si elles sont ouvertes, elles ne sont pas examinées d'assez près, et la tricuspide est déclarée normale. Observations cliniques et autopsies à l'appui, notre collègue conclut :

1° Que la tricuspide est très souvent altérée, plus ou moins épaissie et déformée, moins souvent et mois gravement que la mitrale ;

2° Que l'insuffisance est souvent due à cette altération aiguë ou chronique de la valvule ;

3° Que l'asystolie, la dilatation du ventricule, ne sont pas les seules causes de l'insuffisance.

Permettez-moi, Messieurs, d'émettre un vœu que vous approuverez. C'est que notre cher collègue réunisse un jour, en un beau volume, les mémoires aussi nombreux qu'originaux, dont il a enrichi nos annales. Ce sera une bonne fortune pour tous les médecins qui s'occupent particulièrement de pathologie du cœur.

Il me reste à vous signaler un manuscrit de M. Deligny, de Toul, sur l'influence de l'érysipèle sur les engorgements ganglionnaires des tuberculeux, travail sur lequel M. Jules Besnier a fait un rapport aussi consciencieux qu'intéressant.

Thérapeutique. — De l'action reconstituante des eaux de Vichy, par M. Durand-Fardel.

M. le docteur Cogniard avait communiqué à notre Société des expériences ingénieusement conçues, desquelles il concluait que les alcalis favorisent l'oxigénation des tissus, et que cette action est plus marquée lorsqu'on emploie les alcalins sous forme d'eaux minérales à bases sodiques, surtout d'eaux minérales bicarbonatées sodiques, telles que les eaux de Vichy.

Dans son mémoire, M. Durand-Fardel s'est placé au point de vue purement clinique, faisant remarquer que la clinique, depuis longtemps, a déterminé les attributions spéciales des eaux minérales, et c'est par des faits cliniques qu'il appuie l'action reconstituante des eaux de Vichy.

De l'action prétendue reconstituante des eaux de Vichy, par M. Boulomié.

Voici les propositions formulées par notre collègue :

Les eaux de Vichy, comme les alcalins pharmaceutiques, ne peuvent agir en même temps et directement comme altérants, résolutifs et reconstituants.

Les eaux de Vichy, bien que plus aptes que les alcalins pharmaceutiques à produire des effets de stimulation organique et fonctionnelle, spécialement du côté des voies digestives et de la nutrition, ne sauraient, pas plus que ceux-ci, être classées parmi les médicaments reconstituants.

Les effets reconstituants, constatés après l'usage des eaux de Vichy, sont des effets indirects, résultant de l'action de la médication sur la maladie qui a entraîné le dépérissement organique et l'atonie fonctionnelle.

Suivant leur mode d'emploi, elles peuvent agir en stimulant ou en modérant les combustions et la nutrition.

En clinique, les accidents paraissent être plus souvent consécutifs à l'emploi trop longtemps prolongé du bicarbonate de soude, qu'à son emploi à très haute dose pendant un temps relativement court.

Les eaux de Vichy et les alcalins doivent conserver le rang qui leur a été assigné jusqu'à ce jour dans les classifications thérapeutiques et rester au nombre des grands médicaments de la médication altérante.

Qu'il me soit permis, dans cette délicate question, de vous soumettre une simple réflexion que m'a suggérée mon récent séjour à Vichy.

Il est évident que l'eau de Vichy est un agent de nutrition, comme le dit fort bien l'habile Durand-Fardel. Dès les premiers jours, les dyspeptiques mangent, digèrent, et cela dure presque tout le temps de la cure. Il est bon de faire remarquer que la généralité des malades gagnent en poids, ce que l'on constate par des pesées fréquentes, facilitées par de nombreuses balances établies sur les promenades. On ne saurait donc nier l'action réparatrice, reconstituante des eaux de Vichy.

Sur la propriété déconstipante des graines du Plantago psyllium (herbe aux puces), par M. Blondeau.

On n'a jamais à sa disposition trop de moyens pour combattre la constipation, affection si commune, trop souvent rebelle et contre laquelle s'épuisent si vite les médications et les médicaments qui, d'abord, avaient paru en avoir plus ou moins facilement raison. Aussi, en vous signalant la vertu déconstipante du *Plantago psyllium*, notre collègue n'a-t-il pas voulu garantir l'infaillibilité de cette action.

M. Horteloup vous a fait une communication sur un nouvel agent désinfectant, qu'il désigne sous le nom de *liqueur minérale antiseptique*, due à MM. Alfred Huet et Charles Dépérais, ingénieurs civils. Ce liquide, à très petites doses, détruit tous les vibrions adultes qui existent dans les milieux où l'on agit; son dosage est très facile. Il est d'une innocuité complète sur l'épiderme intact; il présente une absence complète d'odeur; de plus, son prix est peu élevé : ce sont là de très grands avantages, il faut le reconnaître.

— A propos du traitement de l'arthrite noueuse, je vous ai parlé de l'emploi de la Sarracenia purpurea en infusion théiforme, préconisée surtout par les chirurgiens de la marine, notamment par M. Le Roy de Mericourt, médicament que j'ai administré moi-même et que je vous recommande.

M. Devalz, ancien interne des hôpitaux, vous a lu, à l'appui de sa candidature, un mémoire important sur la curabilité du tubercule dans la phase embryonnaire de son existence, et du rôle des eaux d'Eaux-Bonnes dans la guérison de cette néoplasie. Mémoire suivi d'un rapport détaillé par M. Marchal.

M. Duroziez vous a signalé un moyen de faciliter l'exploration des tumeurs par le palper, à l'aide du cérat.

Pathologie externe. — Les mémoires se rapportant à la pathologie externe et à la chirurgie ne le cèdent en rien, comme valeur et comme nombre, à ceux que nous venons de parcourir dans la section de médecine et de pathologie interne.

Signalons d'abord un remarquable travail de M. Thevenot *sur la pustule maligne traitée par la teinture d'iode.* Et n'oublions pas que notre collègue, M. Boinet, avait depuis longtemps signalé les bons effets de la teinture d'iode, dans le traitement de la pustule maligne et des affections charbonneuses.

M. Dubrisay vous a fait une communication ayant pour titre : *Plaie du crâne; pénétration, à 9 centimètres, d'un poignard dans la subtance cérébrale; extraction et guérison.* Cette observation vous a prouvé, par la bénignité de ses conséquences, la tolérance du cerveau pour certains traumatismes d'une gravité véritable.

M. Perrin vous a lu la relation rare et curieuse de la *pénétration spontanée d'une moitié de dentier* dans l'œsophage, pendant le sommeil, chez un homme de 40 ans. Il vous a raconté les péripéties de sa pénible extraction. Je vous ai cité, à ce propos, une ingestion involontaire, pendant le repas, d'une portion de dentier et de son évacuation facile par les selles. Nous avons signalé, M. Reliquet et moi, l'importance qu'il y a de s'assurer de la présence des dentiers, lorsqu'on doit pratiquer l'anesthésie chloroformique sur un malade, avant l'opération, pour éviter les dangers d'une asphyxie par la pénétration de ces dentiers dans l'œsophage. Deux dessins spéciaux reproduisent les pièces de prothèse dentaire qui ont été introduites dans l'œsophage.

M. Polaillon vous a communiqué *une observation d'absence congénitale d'une portion du diaphragme.* Elle lui a fourni le sujet d'un mémoire très important sur ce vice de conformation, dont il nous a donné, en même temps, la fidèle reproduction au moyen d'une planche fort bien exécutée. Il vous a encore lu une note *sur la suture des tendons extenseurs*, dans laquelle il fait ressortir l'importance de cette opération, qui réussit dans le plus grand nombre des cas, et dont il importe d'obtenir le succès en évitant les adhérences de la cicatrice cutanée avec les tendons suturés. Aussi recommande-t-il l'emploi de la soie phéniquée et surtout du catgut, qui ont la propriété d'être résorbés sans amener de suppuration. Nous devons, de plus, à M. Polaillon le mémoire qui a pour titre : *Scapulalgie suppurée; résection de la tête de l'humérus; rugination de la cavité glénoïde; guérison rapide.* Après avoir soumis le sujet à ses collègues, M. Polaillon a décrit le procédé qu'il a suivi et qui se compose de l'incision de Nélaton et de l'incision antérieure de Baudens ou de Malgaigne. Ce procédé lui a permis : 1° de ne pas couper les fibres du deltoïde; 2° de ménager complètement le nerf circonflexe et, par suite, de conserver au muscle deltoïde sa sensibilité et sa contractilité; 3° de découvrir largement l'articulation, ce qui a rendu facile et la résection et la destruction de toutes les fongosités. Enfin, l'incision verticale permet l'issue facile de tous les liquides qui sont fournis par les surfaces opératoires, et du pus, lorsque la plaie suppure.

C'est à propos de cette observation que M. Reliquet vous a présenté les photographies d'un

blessé, auquel *il a réséqué l'extrémité supérieure de l'humérus.* Chez cet opéré, les mouvements du bras sont conservés, sauf ceux d'abduction ou de rotation en dehors. M. Thorens vous a lu une observation de *Cancer du sein récidivé chez l'homme*, observation dont l'intérêt repose sur la rareté du cancer de la mamelle chez l'homme.

A ce propos, M. Gillebert d'Hercourt père vous a fait, sur *la récidive du cancer du sein*, une communication dans laquelle notre confrère a soigneusement rapporté les idées et la pratique de Bonnet (de Lyon).

Nous devons de plus, à M. Thorens, une *observation d'othématome chez un enfant syphilitique*, dans laquelle notre confrère, recherchant avec soin la cause de cet épanchement sanguin, ne rencontre aucun traumatisme qui puisse l'expliquer. Ce sujet a donné lieu à une discussion intéressante. M. Abadie vous a communiqué un cas de succès d'*autoplastie des paupières* et a soumis la malade à votre examen.

Ayant eu occasion de refaire la paupière supérieure, au moyen d'un vaste lambeau emprunté à la partie postérieure de l'avant-bras, notre confrère, au moment de la transplantation du lambeau, avait été frappé de son refroidissement considérable et rapide. Pour éviter cet accident, M. Abadie, dans une autre opération, pendant toute la manœuvre, maintint le lambeau échauffé au moyen d'une éponge trempée, de temps à autre, dans une solution saturée d'acide borique à 48°. Les sutures posées et le bandeau maintenant le tout en place, il fit appliquer, au-dessus, une petite vessie en forme de boudin remplie d'eau à la température de 48° à 50°, eau renouvelée nuit et jour, pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, en enlevant le pansement, on pouvait constater que le lambeau présentait la même physionomie qu'au moment de son application. Et la greffe réussit complètement.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 novembre 1882. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Lecture du troisième rapport trimestriel *sur les maladies régnantes*, par M. Du Castel. Discussion : MM. Damaschino, Du Castel, Sevestre. — *Ataxie locomotrice vraisemblablement syphilitique*, par M. Desplats, de Lille. — Mémoire de M. Debove *sur l'hystérie fruste, observée principalement chez l'homme*.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *Compte rendu* des travaux de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse. — *Lyon médical.* — *Union médicale de la Seine-Inférieure.* — *Des épaississements de la membrane du tympan*, par le docteur Hermet, etc.

—

M. DU CASTEL donne lecture de son rapport sur les maladies régnantes pendant le 3e trimestre de l'année courante. (Voyez l'UNION MÉDICALE des 26 novembre, 10 et 24 décembre 1882.)

M. DAMASCHINO : A propos des cas de diphthérie du pharynx, dont M. Du Castel a parlé dans son rapport, je ferai remarquer que le muguet du pharynx, tel que je l'ai décrit ici-même, n'a pas été rare dans l'épidémie actuelle et je me demande si quelques-uns des cas de diphthérie, signalés par M. le rapporteur, ne se rattacheraient pas simplement à cette variété du muguet. L'examen micrographique des fausses membranes eût tranché la question. Pour ma part, j'en ai observé dans cette épidémie un cas très remarquable.

M. DU CASTEL : L'examen micrographique n'ayant pas été fait, je ne puis accepter ni combattre l'idée de M. Damaschino.

M. SEVESTRE : J'ai, de mon côté, observé un cas de muguet du pharynx dans la fièvre typhoïde, et ce muguet, vérifié au microscope, a été remarquable par sa ténacité.

—

M. RENDU communique une observation de M. Desplats, de Lille, sur un cas d'ataxie locomotrice syphilitique :

Ferd... (Augustin), âgé de 48 ans, ancien militaire et actuellement journalier, entra le 2 juin 1882 dans mon service. Il reconnaissait avoir contracté la syphilis en 1858 et n'avoir pas suivi de traitement, et présentait tous les symptômes de l'ataxie locomotrice arrivée à la seconde période. Son histoire fut recueillie avec soin par un de mes internes, M. Parmentier. C'est à l'aide de ses notes que j'ai rédigé l'observation que voici :

Chancre induré du gland en 1858. Trois mois après, roséole, plaques muqueuses dans la

gorge et la bouche et à l'anus. Pas de traitement sérieux; aussi les accidents persistèrent-ils sans aggravation pendant plusieurs années, le malade continuant à mener joyeuse vie.

En 1862 apparurent les premières douleurs dans les membres inférieurs. Elles furent d'abord intermittentes et séparées par de longs intervalles de repos. En 1870, céphalalgie du côté gauche et paralysie du moteur oculaire commun. Entrée à l'hôpital de Poitiers. Traitement par l'iodure de potassium, pendant deux mois. Bains sulfureux, vésicatoires autour de l'œil malade. Amélioration notable.

En janvier 1880, fracture comminutive de la jambe gauche et entrée à l'hôpital de Dijon. Il y séjourna pendant plusieurs mois et sortit guéri avec un raccourcissement de plusieurs centimètres. Aucun traitement n'avait été dirigé contre sa syphilis.

Le 8 juillet 1881, première attaque épileptiforme. De ce jour au mois de juin 1882, douze nouvelles attaques.

Au moment de l'entrée, outre les attaques épileptiformes, on note :

1° Ptosis de la paupière gauche. Strabisme externe du même côté avec affaiblissement de la vue;

2° Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et douleurs en ceinture;

3° Abolition du réflexe rotulien et incoordination motrice avec conservation de la force musculaire;

4° Anesthésie plantaire et diminution des diverses espèces de sensibilité dans les membres. Pas de troubles viscéraux, sauf un peu de paresse de la vessie.

Je prescris : Iodure de potassium, 3 grammes. Injections sous-cutanées de sublimé (3 milligrammes). Douches froides. Régime tonique.

10 juin. Pendant la nuit, attaque épileptiforme.

12. Les douleurs fulgurantes sont moindres. Il y a un peu d'embarras gastrique. Je suspends l'iodure et je donne un purgatif.

15. Douleurs dans les omoplates et la région dorsale. Pour les calmer, je prescris 6 grammes de salicylate de soude et, le 18, elles ont complètement disparu. Le malade, accusant quelques bourdonnements d'oreilles, je suspends le salicylate et je reviens à l'iodure.

22. Attaque épileptiforme pendant la visite. Pendant qu'on lui parle, le malade a quelques mouvements convulsifs des paupières et de la face, puis de la tête et des membres. Pendant deux minutes, il est étranger à ce qui se passe autour de lui. Au bout de ce temps il répond, mais avec lenteur. Pendant la journée, il accuse de la céphalalgie.

25. Les douleurs sont moindres; la marche moins difficile. Pour la première fois, F... peut descendre les deux étages qui le séparent du jardin.

5 juillet. Nouvelle attaque.

13. Il n'existe presque plus de douleurs fulgurantes, mais une douleur fixe entre les deux épaules. Je redonne encore du salicylate qui la calme.

25. La marche est de plus en plus facile.

30. Encore une attaque épileptiforme.

2 août. Nouvel embarras gastrique. Une bouteille d'eau de Sedlitz. La marche est normale les yeux étant ouverts, mais titubante lorsqu'ils sont fermés. Le réflexe rotulien, nul au moment de l'entrée, reparaît, mais est faible.

10. La marche est possible, même les yeux fermés. Les douleurs, qui avaient graduellement diminué, ont complètement disparu depuis quelques jours. Cependant il y a eu encore une nouvelle attaque épileptiforme.

23. Le malade demande à sortir. Il n'a plus de douleurs depuis le 6. La marche est normale. Le réflexe rotulien a reparu. Aucune amélioration ne s'est produite du côté de l'œil.

Le 28 septembre, l'externe chargé de rédiger l'observation revoit F... et constate qu'aucun accident n'a reparu; il n'y a pas eu d'attaque, pas de douleurs, et la marche s'exécute bien.

—

M. Debove lit un mémoire sur l'hystérie fruste observée principalement chez l'homme. (Sera publié.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Duguet.

JOURNAL DES JOURNAUX

Analyse des travaux parus dans la *Revue de chirurgie*, octobre, novembre et décembre 1882 :

Des artrophytes du genou, par Poncet (de Cluny). — L'auteur étudie d'abord la nature de ces corps étrangers articulaires, et montre que la plupart des chirurgiens actuels repoussent ou n'admettent qu'avec peine l'origine traumatique de certains d'entre eux, une chute sur le genou ayant détaché un fragment du cartilage diarthrodial. Il existe cependant une série de faits cliniques plaidant en faveur de l'origine traumatique, et qu'il est difficile de réfuter ; ces faits sont dus à Richet, Bachelet, Bœckel, Chipault, Toussaint, etc. M. Poncet les rappelle et les discute, pour établir que certains artrophytes sont le résultat d'une violence et d'une fracture cartilagineuse.

Il a fait des expériences cadavériques où, par l'extension forcée et surtout par le choc direct, il a réalisé la production des artrophytes traumatiques.

Le diagnostic histologique permet de constater l'existence de deux variétés de corps étrangers du genou. En s'appuyant sur des faits nombreux, observés par lui-même ou empruntés aux auteurs, M. Poncet résume son opinion de la manière suivante :

Le corps flottant traumatique, qu'on pourrait nommer fémoral ou tibial, l'autre étant capsulaire, ne comporte pas dans sa structure toutes les phases de transformation du tissu fibreux en fibro-cartilage, en cartilage hyalin et enfin en tissu osseux vrai. Il ne contient pas ces volumineuses capsules en voie de prolifération rapide au milieu des trousseaux connectifs. Le tissu osseux, quand il existe dans son intérieur, y forme une bande régulière allant jusqu'au bord de l'artrophyte, et n'est pas disposé en noyau central. Une capsule fibreuse de nouvelle formation peut recouvrir la surface osseuse déchirée, envahir les fissures d'éclatement ; mais cette enveloppe, en rapport direct avec le tissu osseux, ne présente pas alors les phases d'évolution progressive du tissu fibreux constituant les artrophytes vrais, nés de la synoviale, phases qui s'étendent du tissu fibreux au tissu osseux et cartilagineux hyalin par l'intermédiaire du fibro-cartilage.

M. Poncet termine son mémoire par un éloge de l'arthrotomie antiseptique, deux observations inédites avec guérison, et d'intéressants détails sur le procédé opératoire.

De la réduction des luxations sous-coracoïdiennes invétérées, par E. Ceppi. — L'auteur pense qu'une méthode doit primer toutes les autres, et qu'on peut réduire une luxation sous-coracoïdienne d'ancienne date presque aussi sûrement et aussi simplement qu'une luxation récente.

Il passe d'abord en revue les opinions assez contradictoires des auteurs sur la réduction des luxations anciennes. Puis il entame la description de la *méthode de rotation et d'élévation combinées*, du professeur Kocher, de Berne, qui lui paraît supérieure à toutes les autres et infaillible dans les cas récents. Un auteur ayant dit qu'elle échoue quelquefois, M. Ceppi affirme qu'une expérience déjà longue ne lui permet pas d'accepter cette restriction. Elle échoue quand elle n'est pas correctement appliquée ; en outre, une large déchirure de la capsule et une fracture du col de l'omoplate sont deux cas défavorables à son emploi. D'ailleurs, elle n'est bonne que pour les luxations sous-coracoïdiennes ; dans les intra-coracoïdiennes et les axillaires, on réussit quelquefois à l'aide de certaines modifications, mais on ne doit pas compter absolument sur le succès.

La méthode de Kocher, dit l'auteur, réussit presque aussi sûrement dans les cas invétérés, c'est-à-dire après trois semaines, cinq semaines, sept semaines, trois et quatre mois. On ne peut alors faire la réduction qu'en employant une certaine force, mais une force pour ainsi dire contenue, afin d'éviter tout mouvement brusque, et en exécutant les différentes manœuvres avec une extrême lenteur. On réussit alors sans chloroforme le plus souvent, et le malade souffre à peine.

Les pièces justificatives placées à la fin de ce mémoire consistent en une vingtaine d'observations mises par le professeur Kocher à la disposition de l'auteur, et brièvement résumées.

Etude sur la pathogénie des ulcères variqueux, par Quénu. — Le défaut de rapport qui existe souvent entre le développement des varices et la production des ulcères, l'opinion de presque tous les auteurs, qui pensent que pour faire une ulcération il faut autre chose que des varices, ont porté M. Quénu à étudier de nouveau la pathogénie des ulcères variqueux, et à chercher notamment l'état du système nerveux périphérique dans les cas de ce genre. Déjà M. F. Terrier a posé la question sur ce terrain, en recherchant l'état de la thermo-sensibilité sur les membres atteints d'ulcères variqueux. D'après la thèse de Séjournet, inspirée par lui (Paris 1877), les ulcères variqueux seraient d'origine trophique. Aux données cliniques four-

nies par M. F. Terrier, M. Quénu vient ajouter maintenant des faits anatomiques de grand intérêt.

Qu'est-ce que l'ulcère variqueux? Après l'analyse des opinions diverses, deux faits restent debout : 1° la prédisposition du membre inférieur à l'ulcération; 2° l'influence incontestable de l'état variqueux sur la production de l'ulcère.

Comment les varices amènent-elles l'ulcération? Engorgement lymphatique de Boyer, légers traumatismes, rupture d'une varice, etc., l'auteur insiste principalement sur les modifications lentes de la peau qui très souvent précèdent la perte de substance : changement de coloration des téguments, pigmentation de l'épiderme, démangeaisons, eczéma chronique, incurvation des ongles, allongement des poils. D'après M. Terrier, les troubles de la sensibilité thermique précèdent le moment où l'ulcère se produit. N'y a-t-il pas dans ce tableau une grande analogie avec les troubles trophiques dus aux lésions nerveuses?

Suit une série de six *observations anatomiques* détaillées, que l'auteur résume ainsi : Nous avons trouvé les six fois des altérations nerveuses variant d'une simple dilatation des vaisseaux avec hypertrophie peu considérable du tissu conjonctif périfasciculaire, jusqu'à un étouffement du tissu nerveux par une sclérose à la fois extra et intra-fasciculaire, avec formation dans l'épaisseur du cordon nerveux d'un véritable tissu caverneux.

M. Quénu expose méthodiquement ces lésions, en suivant l'ordre dans lequel elles semblent se produire, puis il se demande :

1° *Quel rapport chronologique faut-il établir entre les altérations des nerfs et l'ulcération?* L'observation anatomo-pathologique autorise à croire que ces lésions sont indépendantes de l'ulcère et qu'elles lui sont antérieures.

2° *Si l'altération nerveuse est primitive, quel est son mode de développement et quel rôle peut-elle jouer dans la pathogénie des ulcères de jambes?* L'auteur propose l'explication suivante : Au bout d'une période plus ou moins longue, les veines des nerfs finissent par subir la dégénérescence commune, elles se dilatent, deviennent variqueuses; ces varices des nerfs s'accompagnent de périphlébite chronique; de là la constatation d'un rapport étroit entre la dilatation et l'altération des vaisseaux du nerf et la sclérose du nerf, de là le siège spécial de cette sclérose autour des veines, dans l'épaisseur du nerf ou à sa surface.

En résumé, sans vouloir nier l'influence adjuvante des traumatismes, des chocs répétés, de la constitution, etc., il semble que l'altération des nerfs est un facteur important dans la pathogénie des ulcères variqueux.

De la transfusion du sang en chirurgie d'armée, revue générale, par DE SANTI et DZIEWONSKI. — Les auteurs étudient l'historique de la question, les phases qu'elle a traversées, les cas de transfusion motivés par des blessures d'armes de guerre, les doctrines et les résultats généraux de la transfusion, les dangers qu'elle comporte (1° entrée de l'air dans les veines; 2° formation d'embolies dans le sang du transfusé; 3° arrêt du cœur au contact d'un afflux trop considérable de sang étranger; 4° production d'une phlébite chez l'opéré; 5° accidents qui peuvent survenir à la suite de la saignée chez le donneur de sang). Ils donnent la préférence à l'appareil de M. Roussel, et concluent ainsi :

Cette opération, réservée comme extrême ressource aux cas d'hémorrhagie traumatique et de suppuration chronique sans septicémie, est une bonne opération, et on doit la pratiquer de préférence par la méthode dite immédiate avec du sang humain complet, ou à son défaut avec du sang humain défibriné.

La revue de MM. de Santi et Dziewonski se termine par le tableau des transfusions pratiquées dans les cas d'hémorrhagie traumatique et de suppuration chronique, avec ou sans septicémie; on voit que d'une façon générale, sur 101 cas, l'opération a donné 37 guérisons, 9 morts par le fait de l'opération, 54 insuccès, et un résultat inconnu.

Des désarticulations sous-périostées et des amputations à lambeau ou à manchette périostiques, par OLLIER. — Résumé des conclusions de l'auteur :

Les amputations avec lambeau ou manchette périostiques donnent aujourd'hui, avec les pansements antiseptiques, d'excellents résultats. Pratiquées chez les jeunes sujets, elles donnent lieu à la reconstitution d'une masse osseuse très utile pour maintenir la longueur et la solidité du moignon.

Toutes les désarticulations, sauf celles qu'on pratique pour les lésions néoplastiques récidivantes, doivent être faites par la méthode sous-périostée, et d'après les mêmes principes qui guident le chirurgien dans les résections sous-périostées. Elles ont de grands avantages sur les résections anciennes au point de vue du manuel opératoire; elles permettent d'opérer presque à sec, et peuvent donner, chez les jeunes sujets, un os nouveau et mobile dans le moignon, qui améliore le résultat orthopédique.

Elles laissent des plaies limitées par une membrane fibreuse, et sont moins dangereuses

que les amputations ordinaires, qui donnent des plaies plus vastes et plus irrégulières. Elles ne peuvent soulever d'objections aujourd'hui, depuis que la question de temps est devenue secondaire pour le chirurgien. Elles n'exigent comme appareil instrumental qu'un bistouri et une rugine.

On doit aborder l'os par la voie la plus directe et la plus facile; les procédés circulaires ou en raquette sont ceux qui conviennent le mieux, comme donnant les plaies les moins étendues. Dans la plupart des cas (épaule, hanche, coude), il faut aborder l'articulation le plus tôt possible pour inciser la capsule, luxer l'os, le faire saillir, le dépouiller de son périoste à la hauteur voulue et couper ensuite les parties molles. Dans d'autres (genou), il vaut mieux détacher les chairs et tailler les lambeaux avant de désarticuler.

Du paludisme considéré au point de vue chirurgical, par Verneuil. — Cet important travail, commencé depuis longtemps et toujours en cours de publication, n'est encore susceptible d'aucune analyse.

De la lithotritie à séances prolongées, par E. Desnos. — Long résumé d'une thèse inaugurale très remarquable, inspirée par le professeur F. Guyon, et à laquelle la Société de chirurgie vient de décerner le prix Duval. Nous renvoyons le lecteur à une analyse détaillée que nous avons donnée du travail de M. Desnos. (*Union méd.*, 1882, IIe volume, p. 91.)

Elongation du nerf maxillaire supérieur pour une névralgie rebelle, par J. Lemaistre (de Limoges). — Cette observation est une utile contribution à l'étude des effets de l'élongation des nerfs, actuellement à l'ordre du jour. Ici, dans un cas de névralgie rebelle, guérison persistant depuis plusieurs mois; considérations cliniques et expériences cadavériques à l'appui de cette opération, appliquée au nerf maxillaire supérieur.

FORMULAIRE

Pommade résolutive. — Billroth.

Iode métallique.	0 gr 10 centigr.
Iodure de potassium.	5 grammes.
Cérat simple	50 —

F. s. a. une pommade. — Frictions avec gros comme une noisette, trois fois par jour, pour combattre l'hydarthrose. — N. G.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'Académie : MM. Delthil, médecin-inspecteur des écoles à Nogent-sur-Marne ; Hénocque, chargé des fonctions de directeur-adjoint au laboratoire de médecine de l'Ecole pratique des hautes études au Collège de France : Henneguy, préparateur de la chaire d'embryogénie comparée au Collège de France ; Destrain, préparateur de la chaire de chimie minérale au Collège de France.

Couleur de l'eau distillée. — M. Meyer, de Zurich, met de l'eau distillée dans cinq tubes longs chacun de 1m,50, joints par des tubes en caoutchouc et larges de 40 millimètres. Si on ferme les deux bouts de l'appareil avec une plaque de verre, et qu'on regarde horizontalement sur un fond noir, on verra une couleur vert bleu intense. A la lumière du gaz, cette couleur devient verte.

Une nouvelle maladie des bestiaux. — M. Fleming, inspecteur vétérinaire militaire de l'armée anglaise, a lu à un récent *meeting* un mémoire sur une nouvelle maladie des bestiaux. Elle se manifeste par une enflure et une induration de la langue, avec ulcérations. Elle attaque aussi les os de la face et apparaît sous formes de tumeurs presque toujours mortelles, surtout pour les jeunes animaux. M. Fleming a démontré que cette maladie est due à la présence d'un *fungus* microscopique qui s'introduit dans les tissus à travers les follicules muqueux. M. Fleming a prouvé qu'on pouvait inoculer le mal à un animal bien portant par transplantation de ce *fungus*, l'*Actinomyces*, qui a déjà été observé en Allemagne.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

HISTOIRE MÉDICALE

BLESSURE ET MALADIE DE M. GAMBETTA. — OBSERVATION. — AUTOPSIE.

La *Gazette hebdomadaire* vient de publier, dans son numéro du 19 janvier, cette intéressante observation, dont la partie clinique a été rédigée par M. Lannelongue et l'autopsie par M. Cornil. Les documents qu'elle renferme ont été collationnés et intégralement approuvés par les médecins et chirurgiens qui avaient soigné M. Gambetta : MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Brouardel, Cornil, Siredey et Lannelongue. Ne pouvant reproduire ici cette longue observation, qui ne comprend pas moins de 27 colonnes de la *Gazette hebdomadaire*, nous l'avons résumée, en conservant autant que possible les détails importants.

Le mardi 27 novembre, dans la matinée, M. Gambetta s'est blessé à la main avec un révolver dont un coup partit pendant qu'il le maniait. Il ressentit dans la main une douleur extrêmement vive, et en même temps le sang s'écoula avec une assez grande abondance par l'orifice d'entrée. Un quart d'heure seulement après, une tache de sang à la chemise annonça que la balle était sortie à l'avant-bras. La main fut trempée dans l'eau salée, puis enveloppée dans des serviettes. MM. les docteurs Gilles et Guerdat, de Ville-d'Avray, arrivèrent alors et procédèrent à un pansement légèrement compressif qui arrêta l'hémorrhagie.

M. Lannelongue arriva environ deux heures après (à une heure de l'après-midi), défit le pansement et examina le membre.

L'orifice d'entrée du projectile était dans la paume de la main, immédiatement en dedans du sillon qui sépare l'éminence thénar du creux de la main, au niveau de la racine du pouce. Les dimensions de cet orifice étaient inférieures à celles d'une pièce d'argent de 20 centimes ; régulièrement circulaire, légèrement déprimé au centre où se trouvait un caillot, il présentait sur les bords une zone noirâtre d'un millimètre environ.

L'orifice de sortie est à l'avant-bras, à l'union du bord interne et de la face dorsale, à 5 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus. Les bords de cet orifice, légèrement déjetés en dehors, également entourés d'une zone noirâtre moins large, sont fissurés en deux points opposés. Par la plaie béante de sortie, il s'écoule un filet de sang rouge, sans rutilance pourtant, qui n'a cessé qu'avec l'application du pansement. Pendant l'examen ultérieur, les deux orifices sont mis à l'abri du contact de l'air, à l'aide d'un carré de protective.

Le trajet compris entre ces deux orifices mesure en ligne droite 13 centimètres ; il se dirige de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière.

La sensibilité est intacte sur toute la périphérie de la main et des doigts, sauf sur la face palmaire du petit doigt et de la moitié interne de l'annulaire. Là elle était complètement abolie ; elle parut cependant conservée, mais obtuse et vague, sur la face dorsale du petit doigt, de l'annulaire et de la moitié interne du médius.

Il s'était produit un gonflement notable de l'éminence thénar et du premier espace interosseux. Il y avait dans cette région du sang collecté et infiltré en abondance ; la recherche attentive des pulsations caractéristiques d'un anévrysme traumatique fut négative.

On porte le diagnostic suivant : Ouverture certaine des gaines des tendons fléchisseurs ; altération presque aussi certaine de quelques tendons du groupe des fléchisseurs superficiels et profonds ; blessure incomplète du nerf cubital ; doutes légitimes sur la blessure de l'artère cubitale et de l'arcade palmaire superficielle. Le muscle cubital palmaire était nécessairement traversé de la face profonde à la face superficielle.

L'examen du blessé a duré environ un quart d'heure, puis on a procédé au pansement.

Dans l'espoir d'obtenir une réunion immédiate et une réparation des désordres sans suppuration, M. Lannelongue adopta les principes suivants pour la direction du traitement : 1° immobilisation absolue de la main placée dans l'extension physiologique ; 2° protection

des plaies et leur mise à l'abri de tout contact irritant ou infectieux. Le même pansement ouaté et phéniqué réalisa complètement ces conditions jusqu'à la cicatrisation définitive ; il ne lui fut apporté de modifications que dans quelques détails insignifiants. Les plaies furent recouvertes de protective, la main fut entourée d'une simple couche de bandelettes de gaze phéniquée, chaque doigt fut séparé de son voisin par une faible épaisseur d'ouate, deux couches d'ouate furent appliquées sur les faces dorsale et palmaire de la main, et tout le membre enfin jusqu'au coude fut recouvert par une enveloppe de coton phéniqué. Une bande de tarlatane phéniquée maintint chacun de ces plans en exerçant en même temps une très légère compression sur le membre; on l'étendit sur une planchette matelassée d'ouate; la position en était légèrement élevée.

Telles ont été les règles des pansements ultérieurs, qui furent rares afin de mieux remplir les conditions qu'on voulait obtenir. Jamais le pansement n'a été enlevé sans qu'on fît une pulvérisation phéniquée, et personne, jusqu'au jour de la cicatrisation définitive de la blessure, n'a touché la main sans s'être préalablement lavé dans une solution phéniquée forte.

Certaines dispositions furent prises en vue de parer aux éventualités qui pourraient se produire : hémorrhagies secondaires ou plus tardives, inflammation suppurative des gaines, accidents nerveux, névrite et tétanos. Les limites extrêmes de la température de la chambre furent fixées à 16 et 18 degrés. On recommanda expressément qu'il n'y eût pas de courants d'air dans la pièce; ordre fut donné d'éloigner toute visite.

L'état général du blessé demandait également à être surveillé de près; son embonpoint, son genre de vie réclamaient quelques précautions. Aussi M. Siredey, son médecin habituel, et M. Fieuzal, son ami, qui connaissaient ses habitudes et sa santé, furent-ils prévenus dès le soir même. Pendant tout le traitement où la main seule fut en cause, j'ai été assisté dans mes visites par MM. Gilles et Guerdat, très souvent aussi par MM. Siredey et Fieuzal. Trois internes des hôpitaux, MM. Walter, Berne et Martinet, se sont succédé auprès de M. Gambetta, lui donnant les soins de tous les instants et veillant à l'exécution de nos prescriptions.

A 9 heures du soir, température, 37°2; pouls, 88. L'hémorrhagie n'a pas reparu depuis pansement. Le blessé, fortement enrhumé depuis deux jours, tousse beaucoup. Dans la main, sentiment de tension qui s'est manifesté presque immédiatement après l'accident, et qui va en augmentant depuis quelques heures ; cette douleur se localise dans l'éminence thénar. Le blessé a pris un bouillon et deux grogs dans la journée ; à 4 heures, à 6 heures et à 8 heures, 1 gramme de chloral.

Nuit agitée et presque sans sommeil; transpiration abondante. Un peu de calme vers 6 heures du matin. Le 28, à 8 heures du matin, grande tension dans la main ; la toux en augmente l'intensité. Même régime que la veille. 3 grammes de chloral et, à 10 heures du soir, une cuillerée de sirop de morphine. La nuit a été meilleure; 3 heures de repos; dans l'intervalle, douleurs comme la nuit précédente.

Les 28, 29, 30 et 31 décembre, la température oscille entre 37° et 37°8, et le pouls entre 72 et 88.

Le 29, à 8 heures du matin. Pansement. Gonflement égal à celui du premier jour; de plus, léger œdème avec une teinte à peine rosée de la face dorsale de la main. Au toucher, absence de chaleur dans le membre et de pulsations dans les parties gonflées. Même sévérité dans le régime alimentaire. Continuation du chloral. Repos dans la journée; toux fréquente et grasse; respiration bruyante et visage un peu rouge ; langue humide. Nuit bonne, fort calme, sans élancements dans la main, sans transpiration gênante.

Le 30, le malade se trouve bien ; moral excellent. Comme il n'y a pas eu de selle depuis la blessure, on ordonne un lavement à la glycérine, qui n'est pas pris. Le matin, un œuf frais sans pain ; lait et grogs dans la journée. Un potage à dîner. Sirop de morphine pour la nuit. Nuit excellente. Sept heures de sommeil.

31er décembre, matin. Pas encore de selle ; on prescrit deux grands verres d'Hunyadi Janos. Pansement : la blessure palmaire est à peine visible, étant recouverte par un gonflement blanchâtre de l'épiderme; la blessure brachiale n'offre pas la moindre rougeur, les bords n'en sont pas gonflés et on n'y remarque aucun suintement. Gonflement marqué entre le pouce et l'index ; on n'y sent pas de battements. Léger œdème dorsal sans rougeur ; légère inflammation adhésive des gaines. En faisant le pansement, on redresse facilement les doigts, qui sont un peu fléchis.

On permet au malade de manger quelques huîtres et un œuf après son purgatif; on continue l'usage de l'eau de Vichy (source de la Grande-Grille) commencé depuis la veille.

Le soir, la physionomie est parfaite; cependant la douleur de la main a été plus vive qu'hier.

Le purgatif n'ayant produit que peu d'effet, on en prescrit un second pour le lendemain.

2 grammes de chloral et sirop de morphine en cas de besoin. Nuit moins bonne que la précédente.

Du 1er au 8 décembre, la température oscille de 36°4 à 36°8, et le pouls de 68 à 76.

2 décembre. Deux verres d'Hunyadi Janos, à 6 heures du matin. Pansement; gonflement diminué. Le purgatif agit très efficacement. Journée excellente.

Le 3, à 9 heures du matin. Consultation de MM. Verneuil, Trélat, Siredey, Fieuzal, Gilles, Guerdat et Lannelongue, qui trouvent le malade en très bon état. Les orifices de la blessure sont presque fermés; la tuméfaction persiste cependant dans l'éminence thénar, de même qu'entre le pouce et l'index; mais le gonflement palmaire est presque nul et les doigts sont bien redressés. L'entretien chirurgical qui a suivi cet examen a été bref. MM. les professeurs Verneuil et Trélat exprimèrent l'avis que la blessure se réparait sans suppuration, que toute complication paraissait conjurée et que la guérison était prochaine. Aussi conseillèrent-ils de plus rares pansements.

Le bulletin suivant fut livré au public : « L'état de M. Gambetta est absolument satisfaisant à tous les points de vue; sa santé générale ne laisse rien à désirer, et la blessure touche à la guérison. »

Une côtelette et un œuf à déjeûner; garde-robe naturelle; journée et nuit excellentes; sommeil sans chloral.

4 décembre. Pas de douleur dans la main; selle naturelle; bonne journée; quelques douleurs l'après-midi.

5 décembre. Bonne journée. Pansement : la main est dans le meilleur état; la plaie palmaire est cicatrisée et celle de l'avant-bras offre une couche de bourgeons de la dimension d'une lentille. Le pansement est plus léger; les doigts restent à découvert. On permet au blessé de changer de lit et de recevoir une visite. Garde-robe abondante.

Le 6 et le 7, bonnes journées.

Le 8, la plaie de la main est cicatrisée et celle de l'avant-bras l'est presque. Déjeuner un peu plus abondant (bouillon, un œuf à la coque, 4 huîtres avec du pain, aile de bécasse). Le soir, ventre distendu par des gaz. Légère élévation de température le 9, le 10 et le 11; léger embarras gastrique. Un purgatif prescrit le 9 n'est pas pris. Douleur dans le flanc en faisant des efforts à la garde-robe.

Le 10, M. Charcot voit le malade et conseille un lavement purgatif. L'examen du ventre ne révèle rien d'anormal; il n'y a nulle part d'empâtement; le siège de la douleur est très vague et M. Gambetta se plaint à peine, quand on presse fortement dans le flanc ou dans la région lombaire.

Le 12, le 13 et le 14, le malade va beaucoup mieux, et on peut le considérer comme guéri; il mange à table, reçoit des visites, circule dans la maison. Le ventre est libre.

Le 15, M. Gambetta se plaint de nouveau d'un malaise abdominal; éructations fréquentes depuis le matin. Il a pris un verre de Pullna qui n'a pas agi. A déjeûner, il s'endort après avoir mangé un œuf et ne continue pas son repas. Le temps étant très beau, il sort un peu dans le parc; promenade de 20 minutes avec grand plaisir. Nuit assez bonne.

Le 16, au matin, T. 36°6; P. 72. Malaise; pas d'appétit. Les plaies sont cicatrisées. Pendant le pansement, coliques assez violentes; renvois incessants, figure rouge, ventre un peu tendu. Promenade en voiture; séjour ensuite au jardin, où le malade se trouve très bien. A six heures du soir, chaleur vive sans frisson. A 8 heures, T. 39°6; P. 88; grande chaleur, transpiration. Rien à la poitrine; ventre tendu et un peu douloureux à la pression de droite. Pas d'empâtement. Limonade tartrique pour la nuit; lait froid; 50 centigr. de sulfate de quinine à la fin de l'accès.

17 décembre. — T. du matin, 39°4; P. 80. — A 2 heures, T. 39°5; P. 80. — A 8 heures du soir, T. 39°; P. 84. Le matin, M. Siredey constate un empâtement douloureux et très circonscrit dans la fosse iliaque droite et pense à une typhlite. — Boissons, limonade tartrique, grogs et bouillons.

Le 18, 8 heures du matin, T. 38°4; P. 76. — A 11 heures 1/2, T. 38°5; P. 80. — La température du ventre persiste malgré la purgation de la veille, qui a produit trois évacuations abondantes. M. Gambetta est fatigué.

A six heures moins un quart, frisson assez intense, durant 25 minutes, suivi de chaleur et de quelques efforts de vomissement. T. 38°4. P. 80. — A dix heures, 39°9. Transpiration abondante. Dans la nuit, nouveau frisson très intense durant une demi-heure, suivi de chaleur, de sueur et d'une miction abondante. 50 cent. de quinine après l'accès. Sommeil jusqu'à 8 huit heures du matin.

Le 19. Malade calme et reposé; T. 36°5; P. 76. Langue humide; ventre souple et d'un aspect uniforme; l'exploration de la fosse iliaque droite est fort peu douloureuse superficiellement; dans sa partie la plus élevée, à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque supé-

rieure, empâtement très profond et douloureux à la pression, de forme allongée et cylindrique, suivant le trajet du côlon ascendant et dans une longueur de 4 à 5 centimètres. Submatité circonscrite, séparée de la matité de foie par une zone transversale sonore d'un pouce environ ; l'inspection de ce dernier organe permet de le considérer comme sain, et plutôt d'un petit volume. Rien d'anormal dans la région lombaire ; mouvements du membre inférieur libres. On conclut à l'existence d'une pérityphlite.

Régime lacté, boissons fraîches, limonade et eau de Vichy ; un gramme de sulfate de quinine dans la journée.

A 3 heures, petit frisson de courte durée, puis chaleur et sueurs. A 6 heures du soir, T. 39°9, P. 80 ; le ventre est dans le même état. Entre 7 et 8 heures, plusieurs petites impressions de froid ; expectoration assez abondante et quelques nausées. A dix heures, T. 38°1. P. 72 ; puis sensation très marquée de bien-être et sommeil. Nuit excellente.

Le 20, à 8 heures du matin, T. 36°2 ; P. 68. Pas de douleur du ventre, sauf à une pression assez forte toujours au même point.

Régime lacté ; quelques bouillons ; eau rougie ; un gramme de sulfate de quinine dans la journée. A 1 heure, T. 37°, P. 72. A 2 heures, frisson assez intense, chaleur suivie de sommeil, transpiration moins abondante. A 3 heures, T. 39°7, P. 84. Mieux dans la soirée. A 8 heures, T. 37°5, P. 76. On suppose ce jour-là une perforation extra-péritonéale de l'intestin comme cause première des accidents. Nuit excellente.

Le 21, 8 heures du matin, T. 36°4 ; P. 68. Le malade se trouve très bien. A 2 heures, T. 39°4 ; P. 76, jusqu'au lendemain matin. Frisson à 4 heures du matin. Un lavement provoque une évacuation abondante.

Le 22, T. 36°8 le matin, 37 le soir ; P. 72. Même état local, quelques douleurs spontanées. Onction avec la pommade mercurielle belladonnée ; 60 centigrammes de sulfate de quinine. Journée meilleure. Petite évacuation à 10 heures du soir, puis frisson moins intense que les précédents. Nuit très bonne.

Le 23, matin, T. 36°2 ; P. 72. M. Charcot trouve l'état général bon ; le ventre étant moins distendu par les gaz, on constate un empâtement qui occupe le cœcum et la partie inférieure du col ascendant, en arrière ; d'après M. Charcot, il y a pérityphlite primitive se propageant sur le côlon. Aucun indice de suppuration. Large vésicatoire appliqué pendant 3 heures seulement ; 25 centigrammes de calomel en trois paquets. Même régime. Journée bonne. Selle après un lavement. Soir, T. 38°, P. 80. Nuit excellente.

Le 24, T. 37°4 ; P. 76. Mieux local et général ; lavement purgatif dans la soirée. T. 38°6 ; P. 80.

Le 25, matin, T. 36°8 ; P. 76. L'empâtement descend un peu et se prolonge en arrière. Lavement suivi d'abondants effets. T. du soir, 38°6, P. 80.

Le 26, matin, T. 38° ; P. 80. Sommeil ininterrompu de 10 heures du soir à 8 heures du matin. Au réveil, 25 centigrammes de calomel. A midi, un œuf frais et un demi-verre de vin. Sommeil de 1 heure à 2 heures ; au réveil, léger frisson. A 3 heures, 50 centigrammes de sulfate de quinine. A 4 heures, tympanisme prononcé. Sur le point occupé par le vésicatoire, inflammation assez prononcée de la peau avec rougeur et œdème. L'empâtement profond se prolonge un peu en dehors dans la paroi latérale de l'abdomen ; pas de fluctuation ; sonorité partout. Par la pression, douleur profonde et sensibilité de la peau ; ganglions inguinaux douloureux ; pas de douleur au niveau du rein ; malade un peu affaissé. Le soir, un lavement amène une évacuation. T. 38°2 ; P. 80. Nuit agitée.

Le 27, matin, T. 38° ; P. 80. Quelques douleurs superficielles dans le côté, dans la racine du membre, et presque dans la jambe ; membre fléchi sur le bassin et dans la rotation en dedans ; il y a donc un certain degré d'irritation du psoas. Même état local qu'hier. Aliments liquides. Le soir, évacuation, après un lavement purgatif. T. 39° ; P. 80. Nuit bonne.

Le 28, matin, T. 38° ; P. 80. Purgation à 8 heures. A 5 heures, consultation de MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Siredey, Fieuzal, Gilles et Lannelongue. Voici leur avis unanime : L'existence de la pérityphlite est incontestable ; les probabilités en faveur d'une suppuration autour du gros intestin, dans le tissu cellulo-graisseux sur lequel il repose, sont très grandes ; il n'existe en aucun point de collection purulente. Peut-être y a-t-il une infiltration de pus. Ces conditions réunies interdisent une intervention chirurgicale, qui serait pleine de périls sans donner aucun espoir fondé d'un résultat favorable.

Soir. T. 38°8 ; P. 100. Nuit médiocre.

Le 29, matin, T. 36°8 ; P. 100. Un verre d'eau de Pullna. Erysipèle fort étendu, couvrant la partie latérale droite de l'abdomen et le tronc du même côté, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la racine de la cuisse. Pas de fluctuation. Ganglions inguinaux douloureux. Toute la région est déjà, depuis quelques jours, fortement saupoudrée d'amidon et recouverte

d'une épaisse couche d'ouate. Potion avec 4 grammes de quinquina; vins généreux. Soir, T. 37°8; P. 108. Nuit mauvaise; sommeil interrompu; pas de délire.

Le 30, matin, T. 37°7; P. 108. La rougeur de l'érysipèle est moindre et le gonflement de la peau peu accusé; ventre plus souple. Parole facile; voix moins forte; 34 respirations. Thé, lait, grogs. Une nouvelle consultation a lieu à 4 heures; l'état s'est aggravé, mais on ne voit l'indication d'aucune opération. Soir, T. 38°6; P. 110. Nuit calme et dans l'affaissement jusqu'à 5 heures du matin.

Le 31, matin, T. 37°; P. 120; 40 respirations. A 5 heures, délire léger jusqu'à 7 heures 1/2; puis hoquet. Grande faiblesse. Le malade rend à peu près tout ce qu'il prend. Teinte violacée des joues, du nez, des oreilles. Pas de souffrance, lucidité parfaite. Le pouls oscille entre 120 et 140, avec quelques irrégularités. L'état du ventre est toujours le même; l'érysipèle semble éteint.

Dix heures du soir. Les symptômes alarmants se sont multipliés et s'aggravent; le malade a cependant encore sa connaissance et il répond un dernier mot à 11 heures moins 1/4. La mort arrive sans secousse à minuit moins quelques minutes.

Renseignements complémentaires. — La santé de M. Gambetta laissait beaucoup à désirer depuis un an; fréquemment il éprouvait des malaises abdominaux. Il lui est arrivé plusieurs fois de quitter les personnes avec lesquelles il se trouvait, tant la douleur le dominait. Il avait de véritables *angoisses d'entrailles*, suivant son expression, qui devenaient fréquentes depuis quelque temps; et M. Walter, un des internes chargés de le soigner pendant sa dernière maladie, dit à ce sujet :

« Un soir après dîner, 9 décembre, M. Gambetta fut pris de douleurs assez pénibles au creux épigastrique, douleurs qui furent accompagnées de pyrosis, d'éructations fréquentes et bientôt de nausées et de vomissements. Il me dit alors que, souvent, après le repas, il éprouvait les mêmes accidents; dès que ceux-ci se manifestaient, dès qu'il éprouvait une sensation de tension à l'estomac et quelques nausées, il sortait et marchait au grand air pendant quelques instants, pour éviter les vomissements qui, sans cette précaution, ne tardaient pas à se produire. »

Analyse des urines.— L'analyse des urines, faite pour la première fois le 29 novembre, surlendemain de la blessure, ne révèle ni sucre, ni albumine; elles sont chargées d'urates et contiennent en même temps 1 gramme d'acide phosphorique par litre. Pendant la durée du traumatisme, on a de nouveau plusieurs fois recherché la présence du sucre et on ne l'a jamais rencontrée, pas plus que celle de l'albumine.

Dans le cours des accidents abdominaux, on a procédé, les 19, 21 et 29 décembre, à trois analyses chimiques et histologiques. Les urines, de plus, ont été examinées presque tous les matins chez le malade, et elles ont constamment révélé la présence de l'albumine.

Le 19, on trouve 12 grammes 375 de glycose par litre.

Le 21, moins d'un gramme de glycose.

Le 29, pas de trace de glycose.

Dissection de la main blessée. — On a quelque peine à distinguer l'orifice d'entrée du projectile; une teinte plus blanchâtre l'indique seulement. L'orifice de sortie présente au contraire une teinte grise et un amincissement de la peau qui frappent les yeux.

La dissection minutieuse de la main et de l'avant-bras montre que le projectile a produit les désordres suivants : il a ouvert la grande gaine des fléchisseurs dans le milieu de la paume de la main et il en a parcouru toute la cavité jusqu'à son extrémité antibrachiale. Dans ce trajet le tendon superficiel de l'index a été légèrement atteint, le tendon superficiel du médius a été traversé, les tendons profonds du médius et de l'annulaire, entre lesquels la balle a cheminé dans une longueur de 2 centimètres, ont été lésés à leur surface et très contus. Avant de pénétrer dans cette gaine le projectile a coupé l'arcade vasculaire superficielle; à sa sortie il a légèrement atteint l'artère cubitale et incomplètement coupé le nerf cubital. Le trajet est cicatrisé dans toute son étendue, et nulle part il n'y a trace de suppuration.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort, M. Talrich a fait une injection conservatrice à base de chlorure de zinc. Au moment de l'autopsie, les altérations cadavériques dues à la putréfaction et celles causées par le liquide injecté étaient tellement prononcées, que la plupart des organes étaient modifiés dans leur aspect microscopique et que l'examen histologique de la plupart était tout à fait impossible.

AUTOPSIE FAITE A NEUF HEURES ET DEMIE, LE 2 JANVIER 1883, EN PRÉSENCE DE MM. PAUL BERT, BROUARDEL, CHARCOT, CORNIL, TRÉLAT, VERNEUIL, LANNELONGUE, SIREDEY, DUVAL, FIEUZAL, LABORDE, GILLE, GIBIER.

La rigidité cadavérique a disparu. Sur aucune partie du corps il n'existe de traces de violences, si ce n'est sur la peau du membre supérieur droit.

La peau de l'abdomen porte à droite, dans la région du flanc, les traces d'un vésicatoire. Il n'y a aucune solution de continuité ancienne ou récente de la paroi abdominale.

Rien aux méninges cérébrales. Le cerveau est sain et pèse 1,160 grammes ; il a été remis à M. Duval, président de la Société d'anthropologie.

Le cœur est de volume et d'aspect normal ; il pèse 400 grammes. Petite plaque athéromateuse à l'origine de l'aorte. La paroi musculaire du cœur n'est pas épaissie ; les valvules sont saines.

Les poumons sont absolument libres, sans adhérences à la plèvre pariétale ; ils sont légèrement emphysémateux, mais sans trace de lésions pathologiques anciennes ou récentes.

Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané de la paroi abdominale est épais de 4 centim. au-dessus de l'ombilic, et de 8 centim. au-dessous ; il présente dans la région hypogastrique des dilatations variqueuses des veines sous-cutanées.

Le péritoine contient des gaz fétides et une petite quantité de liquide séro-purulent collecté dans les parties déclives. La surface du péritoine pariétal est à peine rosée et sans trace de fausses membranes fibrineuses. Les anses de l'intestin sont libres d'adhérences et ne présentent pas non plus de fausses membranes fibrineuses.

Le foie pèse 1,920 grammes. Il est lisse à sa surface, gras, sans cicatrices ni épaississement de la capsule de Glisson.

Le fond de la vésicule biliaire est adhérent au côlon transverse. Elle est remplie de bile et ne contient pas de calculs. Sa paroi est notablement épaissie.

La rate pèse 230 grammes.

Le rein gauche pèse 200 grammes, le droit, 160. Leur surface est lisse, leur apparence normale.

Aucun de ces organes ne renferme d'abcès.

Les intestins sont très distendus par des gaz.

La partie postérieure du cœcum est unie à la paroi abdominale par des adhérences résistantes et anciennes. En décollant le cœcum et en le soulevant, on découvre un foyer d'infiltration purulente anfractueux, cloisonné par des brides de tissu cellulaire, contenant environ deux cuillerées de pus. Ce foyer s'étend en haut jusqu'à la partie inférieure de l'atmosphère adipeuse du rein droit, en dedans jusqu'à la colonne vertébrale en arrière du muscle psoas et il envoie en bas un prolongement long de trois à quatre centimètres dans le petit bassin. En dehors, ce foyer est limité du côté du péritoine par les adhérences déjà décrites, mais il se propage en avant du fascia iliaca dans l'épaisseur du tissu conjonctif sous-péritonéal. En continuité avec ce foyer, il existe, dans la paroi antéro-latérale de l'abdomen, dans le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal de la région du flanc droit, des îlots disséminés de tissu cellulaire sphacélé, jaunâtre, tels qu'on les rencontre dans le phlegmon diffus.

Le cœcum étant ouvert, on voit la valvule iléo-cœcale, analogue par sa configuration au museau de tanche, former une saillie de 3 à 4 centimètres. Au lieu d'être constituée par deux lèvres minces, elle présente un bord circulaire, épais, induré, et une ouverture étroite et plissée qui permet à grand'peine l'intromission de l'extrémité du petit doigt.

Lorsqu'on a ouvert l'intestin et la valvule iléo-cœcale, on constate derrière le rétrécissement de celle-ci une dilatation, puis un nouveau rétrécissement à 5 ou 6 centimètres de la valvule.

La saillie et le rétrécissement de la valvule sont déterminés par une invagination de l'extrémité inférieure de l'iléon dans le cœcum.

La muqueuse du cœcum et celle du côlon ascendant sont plus épaissies et plus rigides qu'à l'état normal. Dans la partie postérieure du cul-de-sac cœcal, qui est en rapport avec le foyer purulent, la surface de la muqueuse est lisse, comme tendue et étalée. Il n'y a ni ulcération ni perforation dans le côlon ascendant.

L'appendice cœcal s'ouvre dans le cul-de-sac du cœcum par un orifice assez large. Son extrémité terminale, dans une étendue de 6 centimètres, est située dans le tissu cellulaire interposé au cœcum et au *fascia iliaca*, c'est-à-dire dans le foyer purulent rétro-cœcal. Il baigne dans le pus, et il est entouré d'un tissu conjonctif dont les mailles sont remplies d'une sanie purulente.

L'appendice présente, à 2 centimètres de sa terminaison, une bosselure irrégulière et à côté une petite ampoule saillante perforée à son centre. Un peu au-dessus de cette perforation, qui

mesure environ 1 millimètre 1/2 de diamètre, en existe une autre petite et déprimée. Ces deux perforations communiquent avec la cavité de l'appendice. Lorsqu'on injecte, en effet, de l'eau par l'extrémité cœcale de l'appendice, on voit sortir le liquide par les deux perforations.

L'appendice étant ouvert dans toute sa longueur, on n'y trouve aucun corps étranger. Sa muqueuse est lisse et normale dans sa première portion, tandis qu'elle est irrégulière, grise, épaissie par places dans sa seconde portion, surtout près de son extrémité. Elle s'amincit progressivement au niveau des points perforés, qui paraissent être le fond d'ulcération ayant détruit peu à peu toute la paroi.

L'examen histologique fait par M. Cornil a démontré que la muqueuse de l'appendice était épaissie longtemps avant le début des accidents aigus qui ont déterminé la pérityphlite.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 janvier 1883. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Séance annuelle : Allocution de M. le Président. — Compte rendu des travaux de l'année par M. le Secrétaire annuel. — Proclamation des noms des lauréats.

C'était aujourd'hui la séance annuelle de la Société de chirurgie. Cette séance ne brille pas, comme celle de l'Académie de médecine, par la pompe et la solennité. Nulle mise en scène, nul apparat au dehors, ni tentures, ni emblèmes, ni gardes chargés de tenir à distance la foule des profanes; au dedans, ni tapis des Gobelins, ni parterre de dames, ni corbeilles de fleurs. N'étaient l'habit noir et la cravate blanche de MM. les membres du bureau, n'étaient encore les vides plus nombreux que de coutume dans l'enceinte réservée à MM. les sociétaires, on se croirait à une séance ordinaire.

Cette année, en outre, la fête, si fête il y a, était privée de sa principale *attraction*, l'*Éloge* prononcé par M. le secrétaire général, seule partie du programme qui comporte, dans son genre, une certaine pompe oratoire et un certain éclat littéraire.

Malheureusement, M. Paul Horteloup, le sympathique secrétaire général de la Société de chirurgie, encore sous le coup de la perte cruelle dont il a été frappé, il y a quelques mois, ne s'est pas senti le cœur assez ferme, ni l'esprit assez libre, pour faire trêve à son deuil et pour nous donner le pendant de ses *Éloges* des dernières années.

Nous pouvons, en revanche, mettre sous les yeux de nos lecteurs le texte de l'allocution par laquelle M. le président Léon Labbé a ouvert la séance et qui a été accueillie par les applaudissements unanimes de l'assistance.

Voici ce discours :

Messieurs et chers Collègues,

Si l'on parcourt les volumes des bulletins déjà bien nombreux de la Société de chirurgie, on peut voir que la tâche imposée, à la fin de chaque année, à ceux que vous avez appelés à l'honneur de siéger à votre bureau, n'a pas toujours été la même.

A certaines époques, en effet, tantôt le président, tantôt le secrétaire général était chargé du compte rendu de vos séances. Depuis quelques années les rôles ont été mieux définis. A votre secrétaire annuel, à qui incombe la rédaction de vos bulletins, revient l'honneur de reproduire, devant vous, avec une autorité toute particulière, la substance des travaux de toutes sortes, communications, rapports, discussions, qui ont animé vos réunions. C'est ce rôle que, dans un instant, va remplir, à la satisfaction de tous, notre excellent et si dévoué secrétaire annuel, M. Nicaise. Il est également d'usage que le secrétaire général prononce l'éloge de quelque membre illustre de votre savante compagnie, et vos bulletins se sont ainsi enrichis d'œuvres littéraires justement estimées. Notre bien cher et sympathique secrétaire général actuel, M. Paul Horteloup, nous a, l'année dernière, donné la mesure de son talent, en retraçant la vie et l'œuvre si considérable de Chassaignac. Cette année encore, il devait faire revivre l'une des grandes figures chirurgicales, récemment disparue d'au milieu de vous; mais vous connaissez tous l'épouvantable malheur qui est venu fondre sur lui, et qui a paralysé momentanément sa plume,

Il ne reste donc à votre président qu'à vous rendre compte de l'état moral de la Société. Sous ce rapport mon rôle est facile.

L'année 1882 n'a à enregistrer aucune mort parmi nos membres titulaires ou honoraires. Nous sommes moins heureux du côté de nos correspondants. M. Prestat (de Pontoise), ancien interne des hôpitaux de Paris, praticien distingué et justement honoré, est mort subitement

il y a à peine deux mois. A Lille, nous avons perdu M. Houzé de l'Aulnoit, professeur de clinique chirurgicale, et M. Puel, agrégé de chirurgie.

A Paris, deux de nos collègues les plus aimés, M. Le Dentu et M. Desprès, nous ont donné de vives inquiétudes. M. Le Dentu, malade depuis plus de trois mois, a dû subir une grave opération pratiquée par son maître et ami, M. Verneuil. Malgré la gravité de sa situation, à un moment donné, nous sommes heureux de le savoir en bonne voie de guérison, et au nom de vous tous, je lui adresse nos meilleurs vœux pour son prompt rétablissement. Quant à notre ami Desprès, qui prend une part si active à toutes nos discussions, nous avons le plaisir de pouvoir annoncer la convalescence franche et rapide de la pneumonie dont il a été atteint au commencement de ce mois.

Trois demandes d'honorariat vous ont été adressées par nos collègues : MM. Dubreuil, de Montpellier, Giraud-Teulon et Guyon. Nous aurons rarement l'occasion de voir M. Dubreuil, que ses fonctions retiennent loin de nous, mais nous avons bon espoir que MM. Giraud-Teulon et Guyon, dont les lumières sont si précieuses à notre Société, ne déserteront pas de longtemps nos séances.

Ce passage à l'honorariat a facilité l'admission de quelques nouveaux collègues. MM. Marchand et Richelot, tous deux chirurgiens des hôpitaux et professeurs agrégés de la Faculté, ont été nommés membres titulaires. Qu'ils reçoivent nos compliments sincères de bienvenue : leur savoir et leur activité sont pour nous un sûr garant du concours utile qu'ils apporteront à nos travaux.

Je voudrais, à côté des leurs, pouvoir inscrire les noms de tous ces jeunes chirurgiens (je n'ose en faire le dénombrement) qui sollicitent l'honneur de siéger à côté de vous. Je ne sais qu'elle mesure pourrait être prise pour leur faciliter l'entrée de notre Société, mais je ne dois pas dissimuler qu'il me paraît regrettable de voir perdu pour nous le concours de tant de forces utiles.

Trois places de correspondants nationaux étaient vacantes, elles viennent d'être remplies par la nomination de MM. Cauvy, de Béziers, et Demons, de Bordeaux, qui, depuis longtemps, avaient attiré l'attention de la Société par l'importance de leurs communications. M. Martel, de Saint-Malo, plus heureux, a eu la bonne fortune d'emporter, du premier coup, vos suffrages.

Nous pensons que nos nouveaux collègues ont contracté envers nous une dette de reconnaissance, et qu'ils l'acquitteront en nous envoyant souvent d'intéressantes communications.

Vous avez eu aussi à élire les membres de votre bureau.

Selon la tradition, votre vice-président, M. Guéniot, a été nommé président. Sa haute valeur, l'aménité de son caractère, sont pour vous un sûr garant qu'il réunit toutes les qualités pour faire un président accompli. M. Marc Sée, notre sympathique collègue, remplacera à la satisfaction de tous, M. Guéniot à la vice-présidence.

Pour l'année 1883, la rédaction des procès-verbaux de nos séances est confiée à M. Périer nommé premier secrétaire annuel, et à M. Lucas-Championnière nommé deuxième secrétaire annuel.

Je ne saurais oublier ici le personnel si nombreux qui veut bien assister à nos séances pour en livrer le compte rendu à la presse. Autrefois le bulletin de la Société paraissait dans un journal en quelque sorte officiel. Le jour où cette mesure a été supprimée, on a pu craindre pour la publicité de nos travaux, et loin de là, depuis cette époque, nombre de confrères distingués ont, avec un zèle inépuisable, consacré leur temps à les répandre dans le monde médical. Il nous est impossible de ne pas leur adresser nos bien sincères remercîments.

Me plaçant maintenant sur un autre terrain, j'ai le plaisir de pouvoir annoncer que nos finances sont dans un état des plus satisfaisants, grâce surtout à la sage et vigilante administration de notre cher trésorier, M. Berger. Je puis vous dire aussi que nous sommes sur le point de conclure, avec le ministère de l'instruction publique, un arrangement qui nous assurera une subvention d'une certaine importance.

Nous croyons devoir rappeler qu'en 1883, les deux prix Demarquay et Gerdy seront décernés. Le prix Demarquay a pour sujet : « De l'étiologie de l'érysipèle » ; le prix Gerdy : « Des tuberculoses localisées au point de vue chirurgical. »

Messieurs, je ne saurais clore ce court aperçu de notre situation, sans vous féliciter de votre exactitude à nos séances, de la manièie courtoise avec laquelle vous avez pris part à toutes les discussions, et par conséquent de la façon dont vous avez ainsi facilité la tâche de votre président.

J'insiste particulièrement sur un point : Vous avez bien voulu comprendre que les discussions à propos du procès-verbal ne devaient pas s'éterniser et vous m'avez de la sorte permis, quoique bien incomplètement encore, de répondre au désir de nombreux collègues inscrits quelquefois depuis longtemps, pour des communications originales.

Je termine en émettant un dernier vœu auquel, j'en suis sûr, vous vous associerez tous : celui de ne pas nous laisser dépasser, au point de vue scientifique, par les pays voisins. Nos bulletins sont évidemment la preuve de la grande activité de notre Société, mais nous ne devons pas oublier qu'à l'étranger il se fait un mouvement chirurgical des plus importants. Sachons en tenir compte, et tout en ayant la volonté bien ferme de ne rien croire sans examen, soyons résolus à vite accepter tout ce qui est véritable progrès d'où qu'il vienne, essayons de perfectionner les méthodes que nous n'avons pas eu le bonheur de découvrir, et n'oublions jamais que notre devise doit toujours être celle du progrès même : En avant!

Après le discours de M. le président, M. Nicaise, secrétaire annuel, a fait avec le talent, l'exactitude et le soin consciencieux que lui connaissent tous les habitués des séances de la Société de chirurgie, le compte rendu des travaux de cette Société pendant l'année qui vient de s'écouler. L'orateur a su se tirer avec honneur de la tâche difficile de résumer et de coordonner en un tableau succinct et complet cependant, l'ensemble si considérable de travaux multiples et divers qui, sous la forme de communications, de rapports, de discussions, de lectures, de présentations, etc., ont défrayé l'année scientifique à la Société de chirurgie. Il eût atteint la perfection si son exposé si méthodique, si clair, si lumineux, si remarquable, en un mot, à tous autres égards, eût été relevé par une pointe de critique.

Mais l'homme n'est pas parfait, et M. Nicaise a trop de modestie et de vrai mérite pour ne pas se contenter de son lot si honorable et si riche.

— La séance s'est terminée par la proclamation des noms des lauréats du concours des *Prix Duval et Laborie* pour l'année 1882.

Le *Prix Laborie*, d'une valeur de 1,200 fr., n'a pas été décerné; une somme de 600 fr. et une autre somme de 400 fr. ont été accordées, à titre d'encouragement, la première à M. le docteur Trifaud, médecin aide-major, la seconde à M. le docteur Henri Petit, bibliothécaire à la Faculté de médecine.

Le *Prix Duval*, d'une valeur de 100 fr., a été décerné à M. le docteur Desnos pour sa thèse inaugurale intitulée : *De la lithotritie à séances prolongées.* — A. T.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE ET MÉTHODIQUE DE GYMNASTIQUE HYGIÉNIQUE ET MÉDICALE, par J. FRAPOLLI; ouvrage orné de 48 figures et d'une planche d'ensemble. Paris, typographie et lithographie A. Clavel, 32, rue Paradis-Poissonnière.

M. Frapolli est un artiste très distingué. Il a beaucoup voyagé, et, dans ses voyages, il a beaucoup observé. Un goût particulier le portait à rechercher dans les nombreux pays qu'il a parcourus, et à étudier les moyens employés pour donner au corps humain la vigueur et la santé. Il a pu ainsi établir des comparaisons dont son intelligence a tiré un heureux parti, et créer une méthode de gymnastique fort remarquable. Dans la gymnastique Frapolli, il n'y a ni trapèzes, ni barres fixes, ni échelles, ni massues, ni haltères; et par conséquent, point de chutes, point d'efforts exagérés, point de crainte d'entorses, de luxations, de hernies, d'extension forcée des muscles. Tout dans ce système est approprié à l'âge, au sexe, aux forces du sujet. L'auteur a eu l'ingénieuse idée de rassembler tous les moyens utiles de la gymnastique dans un appareil de petite dimension et d'un prix modéré, que l'on peut facilement installer dans une partie quelconque d'un appartement, dans une chambre où l'on crée ainsi un véritable gymnase, avec tous ses avantages, sans en avoir les dangers.

Avec beaucoup de raison, M. Frapolli s'est attaché à combattre les préjugés de beaucoup de mères, qui redoutent la gymnastique pour leurs filles, soit parce qu'elles croient que les exercices en usage altèrent la grâce des formes, soit parce qu'elles pensent que certains mouvements sont contraires à la bienséance. Quant à cette dernière considération, rien dans la méthode Frapolli ne se prête à une pareille accusation; et pour ce qui est de la prétendue altération des formes, l'auteur combat ce préjugé très victorieusement : « Toutes ces craintes, dit-il, sont chimériques et doivent s'évanouir grâce au système actuel..... La gymnastique méthodique n'a pas pour effet de développer le système musculaire et la grosseur des membres par un exercice prolongé et excessif..... mais, au contraire, d'équilibrer, par la variété des exercices, les forces de chacun d'eux et de les maintenir en harmonie par un développement régulier et une souplesse de mouvements qui, une fois acquise, donne à la jeune fille cette grâce et cette élégance de maintien qui constitue la belle esthétique dont les mères sont si désireuses pour leurs enfants. »

Ce développement régulier doit, en effet, être produit par la gymnastique Frapolli en raison du nombre et de l'habile combinaison des mouvements prescrits par cette gymnastique. L'auteur a, d'ailleurs, fait précéder l'exposé de ses exercices par quelques préceptes d'une grande justesse : « ..... Chacun doit rester dans les limites de ses propres forces... éviter les secousses violentes... donner aux mouvements la plus grande régularité possible; c'est le moyen le plus sûr de graduer la force à déployer pour tous les muscles... auxquels on laissera la plus ample liberté sans les serrer par un costume étroit qui nuirait à leur développement naturel... ne pas se fatiguer outre mesure; il vaut mieux suspendre pendant quelques instants dès qu'on éprouve un sentiment de lassitude... exercer plus spécialement les muscles des épaules et du torse afin de faire pénétrer une abondante quantité d'air dans les poumons... faire la gymnastique de préférence le matin au lever, et dans la journée avant le repas... exercice aussi après un long travail assidu. Lorsque l'esprit est fatigué par une attention soutenue et prolongée, il suffit de quelques instants d'exercices hygiéniques avec l'appareil pour rétablir l'équilibre rompu et rendre au cerveau son activité première... éviter d'être serré au cou, à la poitrine et au ventre... Si on pratique les exercices au lever, faire auparavant les ablutions journalières, en mettant un peu de sel ordinaire dans l'eau... faire suivre les exercices d'un bain à l'éponge et d'une friction énergique le long du corps... laisser la fenêtre de la chambre ouverte pour joindre aux avantages de la gymnastique ceux de l'air libre... »

On voit que l'auteur a étudié son sujet mûrement et avec connaissance de cause. Du reste, il a décrit avec soin tous ses exercices, qui sont en outre représentés par des figures.

La gymnastique est une chose si utile dans notre civilisation, qu'elle ne se généralisera jamais trop. Aussi, voudrions-nous voir s'installer dans toutes les familles la gymnastique Frapolli, parce qu'elle est simple, méthodique, facile, efficace, douce et sans danger.

G. Richelot père.

CHRONIQUE

La maladie de M. Gambetta. — Les renseignements que nous avons donnés à ce sujet dans notre précédente chronique étaient vrais dans leur ensemble; car si on les compare à la version complète rapportée par la *Gazette hebdomadaire* et résumée plus haut, on voit qu'ils n'en diffèrent que par quelques détails insignifiants. Le plus important est l'existence d'une perforation double de l'appendice iléo-cœcal, qui a été évidemment l'origine de la pérityphlite, et que nous ignorions. Elle n'a d'ailleurs été découverte qu'à un examen attentif fait après l'autopsie par M. Cornil; toutefois, elle avait été soupçonnée pendant la vie, comme le dit le récit de M. Lannelongue. La planche qui accompagne le texte de la *Gazette hebdomadaire* montre nettement les deux perforations, le phlegmon de la paroi cœcale postérieure et le rétrécissement de la valvule iléo-cœcale. C'est certainement un des documents les plus intéressants de l'histoire médicale contemporaine.

Il est regrettable cependant que M. Lannelongue ne nous ait pas renseigné davantage sur les antécédents pathologiques de M. Gambetta.

En même temps la *Gazette hebdomadaire* publie en feuilleton la relation de l'opération d'énucléation de l'œil, que pratiqua autrefois M. de Wecker sur M. Gambetta.

A la suite d'une plaie de l'œil droit, faite par l'instrument d'un tourneur, qui s'échappa brusquement de la main de l'ouvrier et vint frapper cet organe, il survint une cataracte traumatique qui détermina peu à peu une énorme distension de l'œil. L'extirpation de l'œil fut proposée comme le seul moyen de remédier aux accidents actuels, et de prévenir l'ophthalmie sympathique de l'œil encore sain. L'opération fut acceptée et subie avec le plus grand courage par Gambetta; l'œil, en forme de poire, avait le double de sa longueur normale et mesurait près de 5 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur. La guérison marcha avec une très grande rapidité, et il ne fallut pas plus de trois jours pour que l'opéré fût sur pied.

L'œil enlevé fut remis au professeur Iwanoff, qui devait en faire l'anatomie pathologique, mais M. de Wecker ne put jamais obtenir ni la description de la pièce, ni la restitution de l'œil de son illustre client. Il pense qu'il est actuellement entre les mains du duc Charles de Bavière, élève d'Iwanoff, à qui celui-ci a dû le laisser après sa mort, survenue il y a deux ans à Menton. Il est bien douteux, comme le craint M. de Wecker, que l'on entende jamais parler des caractères micrographiques d'un œil intéressant aujourd'hui à plus d'un égard.

La chirurgie à la Wagner. — De même que la plupart des musiciens ne comprennent pas la musique du compositeur de Bayreuth, de même je crois que la manière dont les chirurgiens

allemands comprennent certaines parties de leur art n'obtiendra pas l'approbation de beaucoup de leurs confrères étrangers. Voici, par exemple, une opération de laparo-hystérotomie pratiquée pour remédier à un prolapsus utérin, qui me paraît dénoter chez son auteur un manque complet de bons sens chirurgical.

La malade, âgée de 27 ans, vierge, avait enduré des privations qui avaient entravé son développement physique; sa menstruation, établie à 21 ans seulement, avait toujours été irrégulière et le flux menstruel peu abondant; à cause de ces troubles, elle s'était soumise au traitement d'un empirique, et, peu de temps après, elle avait remarqué la chute de ses parois vaginales. Lorsqu'elle vint consulter le docteur Kühn, à l'âge de 24 ans, elle était anémique et très émaciée; le prolapsus avait le volume du poing; le vagin, complètement retourné en doigt de gant, était accompagné par l'utérus qu'il renfermait dans sa cavité; l'hymen formait un anneau resserrant son pédicule; la vessie et le rectum avaient conservé leur situation normale. Des pessaires de diverses formes furent appliqués sans aucun résultat. Le cloisonnement du vagin procura un soulagement momentané; mais, au bout d'un mois, l'orifice artificiel s'était graduellement dilaté et la malade revenait à l'hôpital.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques désirables, Kühn ouvrit la cavité abdominale, pratiqua l'ablation des deux ovaires et du fond de l'utérus; il restait alors une surface cruentée entourée du péritoine; cette partie de l'utérus fut suturée avec les lèvres de la plaie des parois abdominales, et le péritoine qui l'entourait réuni au péritoine pariétal. La guérison fut complète au bout de sept semaines seulement, à cause de la suppuration de la plaie, et l'utérus conserva sa nouvelle position; enfin, ce qui montre le rôle accessoire que joue l'utérus dans la production du prolapsus, malgré sa fixation à la paroi abdominale, il se produisit une nouvelle chute du vagin qui guérit après la création de nouvelles cloisons vaginales. Le résultat définitif fut satisfaisant.

Kühn se demande si l'ablation des ovaires était pleinement justifiée; l'utérus devant rester fixé à la paroi abdominale après l'opération; il l'a pratiquée pour éviter les dangers qu'aurait fait courir une grossesse (*Lyon médical*, 14 janvier 1883, p. 62).

La réponse est facile. L'ablation des ovaires n'était pas plus justifiée que celle de l'utérus ni que l'ouverture du ventre, puisque le tout n'a pu empêcher la reproduction du prolapsus.

Procès en diffamation intenté par les infirmières laïques. — Quand, à tort ou à raison, on considère une institution sociale quelconque comme mauvaise, ce n'est pas en s'appuyant sur des faits mensongers qu'il faut la combattre. Non seulement, en agissant ainsi, on va à l'encontre du but qu'on se propose, mais encore on s'expose soi-même à subir les conséquences de la diffamation. C'est ce qui vient d'arriver au *Figaro* et au *Pays*, qui avaient prétendu que les infirmières laïques de l'hôpital d'Auxerre avaient eu une attitude des plus fâcheuses à l'apparition de l'épidémie typhique dans cette ville. La nouvelle était fausse, ainsi que les deux journaux incriminés l'ont reconnu dans une rectification publiée quelques jours après. Les surveillantes laïques ne se sont point contentées, avec raison, de la rectification, et sept d'entre elles ont cité les gérants du *Pays* et du *Figaro* devant la 8e chambre correctionnelle.

Le tribunal a donné gain de cause aux demanderesses; les deux gérants ont été condamnés chacun à 100 francs d'amende, chacun à 50 francs de dommages-intérêts envers chacune des 7 demanderesses, et à l'insertion du jugement dans un journal d'Auxerre, dans le *Figaro* et dans le *Pays*. — P.

FORMULAIRE

GLYCÉRÉ RUBÉFIANT. — GRIMAULT.

Glycérine.	12 grammes.
Amidon.	18 —
Essence de moutarde.	10 gouttes.

On agite ce mélange et on l'étend sur du taffetas gommé, sur du linge ou sur un morceau de papier. — N. G.

COURRIER

Concours. — En exécution du décret du 27 avril 1878, un concours s'ouvrira à Paris (hôpital du Val-de-Grâce), le lundi 26 février prochain, pour l'admission dans le service hospitalier de médecin-major de première et de deuxième classe appartenant aux corps de troupe.

Les épreuves auront lieu, conformément aux dispositions du programme approuvé le 15 novembre 1878 et inséré au *Jonrnal militaire officiel* (parti réglementaire).

PRIX. — L'École supérieure de pharmacie de Paris a décerné, à la suite des concours de 1882, ses prix dans l'ordre suivant :

Prix de l'Ecole. — Première année. — Premier prix, M. Gaillard. — Deuxième année. — Premier prix, M. Meillière ; deuxième prix, M. Duffourc.

Fondations. — Prix Buignet. — Premier prix M. Gratier ; deuxième prix, M. Mercier. — Prix Desportes, M. Martin. — Prix Laillet, M. Grignon. — Prix Lebault, MM. Grimbert et Meillière. — Prix Menier, M. Houdas.

Concours des travaux pratiques. — Première année. — Médailles d'or, MM. Gaillard et Clochez ; médailles d'argent, MM. Aubert et Luton. — Deuxième année. — Médailles d'or, MM. Meillière et Ragoucy ; médailles d'argent, MM. Richard et Carpentier. — Troisième année. — Médailles d'or, MM. Grignon et Houdas ; médailles d'argent, MM. Gratier et Martin — Quatrième année. — Médaille d'or, M. Mercier ; medaille d'argent, M. Grignon.

AVANCEMENT. — Le Conseil d'amirauté vient d'inscrire au tableau d'avancement du 1er janvier 1883 les officiers du corps de santé de la marine dont les noms suivent :

Pour le grade de médecin en chef : MM. Nielly, médecin-professeur, et Richaud, médecin principal.

Pour le grade de pharmacien en chef : M. Sambuc, pharmacien-professeur.

Pour le grade de médecin principal : MM. Ercole et Maurel, médecins de première classe.

Pour le grade de pharmacien principal : M. Reynaud, pharmacien de première classe.

LA VACCINATION CHARBONNEUSE. — Jusqu'à présent, nous n'avons guère eu pour juger l'action de la vaccination charbonneuse que les résultats des expériences ; aujourd'hui, les vétérinaires commencent à publier les statistiques qui semblent montrer que ces résultats sont confirmés par la pratique.

Nous détachons les lignes suivantes d'un mémoire que M. E. Boutet vient de lire à Société de médecine vétérinaire d'Eure-et-Loir :

« Le nombre des moutons vaccinés depuis un an en Eure-et-Loir s'élève à 79,312 ; sur ces troupeaux la moyenne de la perte annuelle depuis dix ans était de 7,237, soit 9,01 p. 0/0 ; depuis la vaccination, il n'est mort du charbon que 518 animaux, soit 0,65 0/0. Il faut faire observer que cette année, probablement à cause de la grande humidité, la mortalité ne s'est élevée en Eure-et-Loir qu'à 3 0/0. Les pertes auraient donc dû être de 2,382, au lieu de 518 après la vaccination. Dans les troupeaux qui ont été vaccinés en partie, nous avons 2,308 vaccinés et 1,659 non vaccinés ; la perte sur les premiers a été de 8, soit 0,4 0/0 ; sur les seconds la mortalité s'est élevée à 60 ou 3,8 0/0. Nous ferons remarquer que, dans ces troupeaux, les moutons vaccinés et non vaccinés sont soumis aux mêmes conditions de sol, de logement, de nourriture, de température, et que, par conséquent, ils ont subi des influences absolument identiques.

Les vétérinaires d'Eure-et-Loir ont vacciné dans l'espèce bovine 4,562 animaux, sur lesquels on perdait annuellement 322 bêtes. Depuis la vaccination, il n'est mort que 11 vaches. La mortalité annuelle, qui était de 7,03 0/0, devient 0,24 0/0.

Des engorgements généralement peu graves étant survenus après la vaccination du cheval, et la mortalité du charbon étant peu élevée, 1,5 0/0, les vétérinaires n'ont pas cru prudent de faire cette vaccination sur une grande échelle. Il n'y eut que 524 chevaux vaccinés, dont 3 moururent entre les deux vaccinations. »

PRIX DUPARCQUE. — La Société de médecine de Paris rappelle aux concurrents pour ce prix, qui consiste en une somme de six cents francs et une médaille d'or de cent francs, que les travaux doivent être adressés, *avant le premier avril prochain*, à M. de Beauvais, secrétaire général, 39, rue de Trévise. Le sujet du mémoire, proposé par la Société, est intitulé : *Etude des troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques ou pathologiques de l'utérus.* Le prix sera décerné publiquement le 4me *samedi d'octobre* 1883 dans la salle des séances, 3, rue de l'Abbaye.

OTOLOGIE. — M. le docteur P. Hermet reprendra ses exercices pratiques d'otologie le samedi 27 janvier, à 1 heure, à sa clinique, 29, rue du Petit-Carreau, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 23 janvier. — M. le président Hardy serait ingrat envers M. Glénard, s'il lui en voulait encore d'avoir porté à la tribune la question des bains froids; l'Académie, de son côté, doit s'applaudir d'avoir passé outre à son règlement, et d'avoir laisser lire devant elle un travail dont l'examen devait soulever d'intéressants débats. Nos lecteurs connaissent les idées de M. Glénard et des médecins des hôpitaux de Lyon sur le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand (UNION MÉD., 16 janvier, p. 77); ils vont connaître aujourd'hui l'opinion des Parisiens, doublement exprimée dans une des meilleures séances que la discussion actuelle ait produites.

M. Colin (du Val-de-Grâce) est rapporteur de la commission nommée le 9 janvier pour contrôler les résultats quelque peu merveilleux annoncés par nos confrères lyonnais. Leur représentant, M. Glénard, avait comparé les statistiques de l'armée allemande, de l'armée française, des hôpitaux civils de Paris et de Lyon. La commission l'a suivi sur ce terrain, non pour se lancer dans une étude nouvelle de la méthode de Brand, mais pour soumettre à une impartiale critique les chiffres empruntés par l'auteur à des documents officiels. L'attention et le silence de l'Académie témoignent de l'intérêt qu'elle prend au travail de sa commission.

M. Colin dit leur fait aux statistiques allemandes. Il est vrai que le nombre des morts par la fièvre typhoïde a beaucoup diminué dans la plupart des corps d'armée d'outre-Rhin, et qu'ils attribuent cette diminution à l'emploi des bains froids. Mais on est conduit à de fortes réserves sur la valeur des chiffres qu'il annoncent, quand on voit que certains noms donnés aux accidents typhoïdes pourraient bien cacher des diagnostics erronés ou discutables, quand on songe que la balnéation est prescrite en Allemagne dès le stade prodromique, c'est-à-dire à une époque où la nature du mal est douteuse, et où fièvres catarrhales et typhoïdes mortelles se ressemblent et se confondent. C'est là une question préjudicielle d'une haute gravité. Peu nous importe la manière dont les Allemands ont l'habitude de grouper les faits cliniques et de nommer leurs diverses pyrexies; mais si nous voulons comparer la mortalité d'une maladie dans leur armée et dans la nôtre, il faut que le dénombrement porte sur les mêmes faits et qu'il n'y ait aucun doute à cet égard.

Dans l'armée française, M. Glénard a noté, pour 1876, une mortalité de 40 p. 100, et les chiffres des années voisines ne valent guère mieux. Or, comment se fait-il que les travaux les plus sérieux, rappelés par M. Colin, signalent des résultats beaucoup moins sombres, tels que 21 p. 100 dans toute l'armée? Encore ce chiffre serait-il amélioré si on mettait à part l'Algérie, dont le climat ne se retrouve nulle part en Allemagne, et qui donne un gros appoint à notre mortalité. Comment se fait-il qu'on trouve souvent, dans les épidémies diverses, des chiffres tels que 21, 19, 17 et même 9 p. 100? Comment, en un mot, M. Glénard a-t-il pu découvrir, dans une totalisation officielle, le chiffre de 40 p. 100, qui ne se trouve précisément dans aucun document particulier? M. Colin met l'explication sous les yeux du président : voici 4,000 cas de *fièvres typhoïdes*, et en regard un chiffre de décès qui aboutit à la formule de M. Glénard, 40 p. 100. Mais voyez un peu plus haut : sous la rubrique *fièvres continues*, 7,000 cas sans une seule mort! Que veut dire ce rapprochement? A l'entrée de beaucoup de malades, le diagnostic provisoire est ainsi formulé, « fièvre continue »; puis la maladie se déroule, se confirme, l'autopsie

intervient pour un certain nombre, et les cas ainsi terminés passent à la rubrique « fièvre typhoïde »; ceux qui restent bénins demeurent à l'état de fièvres continues, dont l'administration fait une classe à part, sans mortalité. Les noms scientifiques, en effet, lui importent peu; ce qu'elle demande, c'est le nombre de jours passés à l'hôpital. Un bon nombre de typhoïdes guéris se trouvant ainsi mis à part, la proportion des morts en est faussement accrue. Veut-on savoir ce qu'elle devient, quand aux 4,000 typhoïdes on réunit les 7,000 continues? Elle tombe de 40 à 14 p. 100.

Et telle est la conclusion du rapporteur. La commission s'est strictement bornée à l'examen des documents présentés par M. Glénard; elle a montré combien leur interprétation est difficile et peut conduire à l'erreur.

M. Germain Sée occupe à son tour la tribune. Il y a une grande différence entre les deux parties de son discours. Mardi dernier, c'était un examen rétrospectif de faits nombreux, souvent débattus, un exposé des incertitudes de la science, une revue des idées et des moyens que l'orateur condamne; rien encore de positf ne se dégageait de ces préliminaires. Aujourd'hui, à la vérité, les faits annoncés par le savant clinicien en faveur du sulfate de quinine et de l'alcool, sont encore ajournés; mais s'il a dû se borner, faute de temps, à une argumentation en règle contre les bains froids, du moins l'a-t-il fait avec un à propos et dans une forme tels que, loin de sembler fatiguant après le rapport de M. Colin, son discours continuait la discussion en lui donnant un tour nouveau et en la précisant davantage. La commission ayant dit son mot sur la méthode de Brand et la question n'étant plus réservée, il avait libre carrière pour la juger à son tour, et il l'a fait avec la dernière sévérité.

Brand (de Stettin) fait entrer *tous les fiévreux* en ligne de compte, et avance qu'on a droit au succès en prenant un fiévreux *dans les trois premiers jours*; comme si tous les fiévreux étaient des typhoïdes, et comme si, dans les trois premiers jours, un diagnostic certain pouvait être porté! Ne semble-t-il pas que cet ordre formel d'appliquer « dès le début » la méthode, cache un secret désir d'améliorer quand même la statistique?

Ne croyons pas qu'en Allemagne il règne un accord parfait sur les résultats des bains froids et leur mode d'application. Liebermeister, de Bâle, leur associe le sulfate de quinine et l'acide salicylique; Ziemsen, de Munich, les donne à 32°, puis les refroidit progressivement jusqu'à 20° ou 22°; Riess, après avoir adopté la méthode avec enthousiame, l'a complètement abandonnée pour l'acide salicylique; rejeté à son tour, celui-ci a fait place aux *bains chauds*, mais aussi chauds que possible et durant vingt-quatre heures; et toujours l'auteur annonce des résultats merveilleux.

Un point nouveau dans cette argumentation, c'est l'étude physiologique des bains froids. Croyez-vous qu'on refroidit un organisme vivant comme une matière inerte? Nous avons des centres nerveux qui produisent la chaleur, d'autres qui en règlent la dépense. Dans le bain froid, pendant la contraction des vaisseaux périphériques, il se produit, comme l'a très bien vu Liebermeister, une augmentation notable de la chaleur centrale; les oxydations s'accélèrent, l'acide carbonique et l'urée s'éliminent en plus grande abondance; et pour réparer ces pertes, que peuvent les aliments qu'on donne aux typhiques? C'est par kilogrammes qu'il faudrait les nourrir.

La clinique, à son tour, nous annonce que les accidents pulmonaires sont plus fréquents, et surtout les hémorrhagies intestinales; l'action du cœur faiblit, et la tendance au collapsus et à la syncope est un des périls de la méthode de Brand.

Ces derniers mots nous conduisent tout droit au sulfate de quinine, qui abaisse la température en soutenant l'énergie du cœur. Mais le temps a manqué à l'orateur pour achever sa communication. Nous ignorons le sort réservé à la quinine dans l'opinion de nos contemporains; mais nous voudrions bien savoir ce que pense M. Germain Sée des altérations que le commerce lui fait subir, et de leur influence sur les résultats obtenus. — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR L'HYSTÉRIE FRUSTE ET SUR LA CONGESTION PULMONAIRE HYSTÉRIQUE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 novembre 1882,

Par le docteur M. DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Il paraîtra peut-être singulier à plusieurs de nos collègues qu'un médecin de Bicêtre, d'un hospice exclusivement affecté aux hommes, vienne vous entretenir de l'hystérie. Nous croyons cependant avoir observé un certain nombre de malades du sexe masculin, manifestement atteints de cette névrose, et leur histoire nous a paru intéressante à rapporter, non seulement parce qu'il s'agissait d'hommes, mais parce que nous avons étudié divers phénomènes, encore peu connus, pouvant amener de bien grosses erreurs de diagnostic.

Il y a peu d'années, l'hystérie était considérée comme une affection propre à la femme; un sujet, présentait-il des accidents nerveux convulsifs ou autres, par cela seul qu'il s'agissait d'un homme, on éliminait l'hystérie. Une étude attentive de cette névrose a permis de la reconnaître chez les enfants des deux sexes, avec tous les caractères observés chez la jeune fille. De nombreuses observations, parmi lesquelles nous citerons celles de notre collègue, M. Bourneville, ne laissent à cet égard aucun doute. L'hystérie de l'homme adulte, moins fréquente, n'est pas d'une excessive rareté, ainsi que l'enseigne M. le professeur Charcot à la Salpêtrière. Nous voulons aujourd'hui démontrer que cette hystérie est encore plus fréquente qu'on ne croit, si nous tenons compte des cas frustes.

Lorsqu'une maladie est décrite, il convient d'étudier d'abord les cas types dans tous leurs détails; cette étude permet ensuite d'aborder les cas incomplets dans lesquels la maladie se traduit seulement par quelques signes. Aussi, est-ce grâce aux recherches faites dans ces dernières années à la Salpêtrière, que nous pouvons aujourd'hui parler de l'hystérie fruste de l'homme.

Notre première observation est celle d'un malade atteint de contracture hystérique du poignet et de la main (1).

Le nommé Bourdy, forgeron, est entré dans notre service le 1er octobre. Le 26 juin de cette année, il se fit, avec une barre de fer, à l'avant-bras et à la main gauche, une brûlure dont il ne fut guéri que six semaines plus tard. Cette brûlure était superficielle, car actuellement (1er octobre) il n'en reste pour toute trace qu'une tache de coloration rouge foncé, formant une bande haute de 10 à 12 centimètres, large de 3 à 4, partant du quart inférieur de la face postéro-externe de l'avant-bras gauche et s'arrêtant au niveau des deux premières articulations métacarpo-phalangiennnes. Les parties lésées étaient donc dans le territoire innervé par le nerf radial.

La guérison de cette brûlure était complète, lorsque le sujet ressentit, vers le 15 août, des douleurs assez vives dans tout le membre supérieur gauche, douleurs plus fortes à la main et surtout aux doigts. Les mouvements des doigts et du poignet commencèrent par être un peu lents et gênés, puis, en quatre ou cinq jours, se développa une contracture qui fixa l'extrémité du membre supérieur gauche dans une position invariable jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital.

L'avant-bras est dans une position intermédiaire à la supination et à la pronation, la main est légèrement fléchie sur l'avant-bras, les quatre derniers doigts sont fortement fléchis et leurs extrémités reposent sur la paume de la main, le pouce recouvre la partie supérieure de la seconde phalange de l'index. Les doigts sont immobilisés dans cette attitude et tous les efforts faits pour vaincre la contracture provoquent de vives douleurs. Les extenseurs sont contracturés aussi bien que les fléchisseurs; mais l'action de ces derniers l'emporte sur celle de leurs antagonistes. Toute raideur disparaît sous l'influence du chloroforme, mais reparaît aussitôt le réveil.

(1) Ce malade a été présenté à ses élèves par M. Charcot qui en a fait l'objet d'une leçon clinique.

Il existe du côté gauche une hémianalgésie qui permet de traverser sans douleur la peau et les muscles; il est alors perçu une simple impression de contact. Les parties profondes sont également anesthésiées, et, les yeux fermés, B... n'a point la notion exacte de l'attitude de ses membres gauches. Malgré l'insensibilité à des excitants énergiques, il se produit une vive douleur lorsqu'on essaie de lutter contre la contracture. Les organes des sens spéciaux sont intéressés (goût, odorat, vue, ouïe). Les couleurs sont perçues de l'œil gauche, mais moins distinctement, et il existe du même côté un rétrécissement du champ visuel.

Il était impossible de voir ce malade sans être frappé de l'analogie que présentait la contracture, par sa forme, son intensité, son siège, avec la contracture hystérique, et personne n'eut hésité à faire ce diagnostic s'il se fut agi d'une femme. Ce diagnostic demande plus de circonspection quand il s'agit d'un homme. Nous cherchâmes donc s'il existait d'autres signes de névrose. Nous n'avons constaté ni attaque de nerfs antérieure ni nervosité bien marquée, mais nous avons reconnu l'existence d'un symptôme pour nous presque pathognomonique, il existait une hémianesthésie cutanée et sensoriele du côté gauche. Le malade, de ce côté, perçoit encore un peu les sensations tactiles, mais ne perçoit plus les sensations douloureuses, on peut traverser le bras, la jambe, la moitié gauche du tronc et du visage avec de grosses aiguilles, sans provoquer ni douleur ni le moindre saignement. La moitié gauche de la langue a perdu la sensibilité générale et spéciale, l'oreille gauche ne perçoit plus les sons, la narine gauche n'est impressionnée par aucune excitation, l'œil gauche voit trouble et son champ visuel est considérablement rétréci ; en un mot, il existe une hémianesthésie gauche portant sur la sensibilité générale et spéciale, non seulement de la peau, mais aussi des parties profondes, car le malade est obligé de regarder ses membres gauches pour avoir une idée exacte de leur situation.

A quelle époque remonte cette anesthésie, nous l'ignorons, car elle s'est produite à l'insu du malade, et nous l'avons découverte lorsque, frappé des caractères de la contracture, nous avons cherché des signes d'hystérie.

Nous basant sur la forme de la contracture et sur l'hémianesthésie, nous n'avons pas hésité à porter le diagnostic d'hystérie, d'hystérie fruste, et cela malgré le sexe de notre malade. Nous devons ajouter que M. le professeur Charcot a bien voulu nous donner son avis, et ce maître, si compétent en ces matières, a confirmé notre manière de voir.

Les accidents hystériques se sont développés chez notre homme sous l'influence d'un traumatisme, d'une brûlure. Ce sont des faits bien étudiés chez la femme depuis les travaux de Brodie (1) et de M. Charcot (2), qui ont observé toute une série d'accidents hystériques et spécialement des contractures se développant sous l'influence d'une action traumatique

Le diagnostic, chez notre malade, présentait des difficultés, mais il est facile de comprendre que ces difficultés puissent être plus grandes encore. Supposons qu'à la suite d'une chute sur la hanche un homme ait une coxalgie hystérique ; à quelle erreur de diagnostic ne seraient pas exposés le médecin et le chirurgien qui ne penseraient pas à la possibilité d'une hystérie locale, chez l'homme, hystérie consécutive à un traumatisme.

Ceux de nos collègues qui admettront notre diagnostic penseront peut-être qu'il s'agit de faits exceptionnels, mais cette exception tient vraisemblablement à ce que l'attention n'a pas été attiré sur ce point. On ose à peine prononcer le mot hystérie de l'homme, et lorsque le malade ne présente pas l'ensemble des signes de l'*hysteria major* de la femme, on ne pense même plus à discuter.

Nous faisions ces réflexions en lisant il y a quelques jours une observation recueillie par M. Courtade (3). Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une chute sur

(1) Brodie. Lectures illustratives of certain local nervous affections. Londres, 1887.
(2) Charcot. De l'influence des lésions traumatiques sur le développement de l'hystérie locale. *Progrès médical*, 1878, p. 335.
(3) Courtade. Le spasme de l'œsophage consécutif à un traumatisme. *Union médicale* du 12 octobre 1882.

la tête, pendant un mois présenta de l'œsophagisme; on dut recourir à l'alimentation artificielle; on constata l'anesthésie du pharynx. Il est bien regrettable que l'existence ou l'absence d'une hémianesthésie n'ait pas été notée. Ce fait nous paraît analogue au nôtre, et nous n'hésitons pas à croire qu'il s'agissait d'une hystérie locale d'origine traumatique. Le malade de M. Courtade eut une contracture hystérique à la suite d'un traumatisme ayant porté sur la tête, le nôtre eut une contracture hystérique du poignet et de la main, à la suite d'un traumatisme ayant porté sur l'avant-bas.

L'hystérie fruste de l'homme peut se traduire par toutes les manifestations de l'hystérie féminine, mais ces accidents observés isolément sont souvent d'un diagnostic difficile. Tel est le fait de délire hystérique chez l'homme que nous avons observé tout récemment.

Xs... est né en 1858. Dès son jeune âge, il était très impressionnable, mais ne présenta point d'accidents nerveux particuliers. A l'âge de 16 ans, fièvre typhoïde. Au commencement de 1880, sans cause appréciable, ou bien, selon le dire du malade, à l'occasion d'une névralgie dentaire, il fut pris, au milieu de la nuit, de mouvements saccadés dans les bras et dans les jambes avec sensations de frissons intenses se succédant rapidement; puis, la crise augmentant, les bras s'écartèrent violemment du corps et s'en rapprochèrent rapidement, la face était contracturée, la physionomie grimaçante, la langue tirée hors de la bouche. Les mouvements, d'abord limités aux membres, s'étendirent à tout le corps. Pendant cette crise, il y eut une hyperesthésie cutanée telle que le moindre attouchement provoquait des mouvements violents, arrachait des cris. Xs... ne pouvait proférer une seule parole, mais il avait la notion exacte de ce qui se passait et il en a gardé le souvenir. Cette crise dura trois jours; elle fut coupée par des intervalles de sommeil plus ou moins agité et des intervalles de calme durant quelques minutes; pendant ces derniers le malade pouvait manger et parler raisonnablement des accidents qu'il éprouvait. La crise une fois passée, il reprit ses travaux et prépara ses examens d'ingénieur.

En mars 1881, nouvelle crise, qui s'annonça par une névralgie faciale gauche.

Le 16 août 1882, troisième crise, qui ne s'annonça point par une névralgie, mais par un léger frisson; elle dura quatre jours.

Le 16 septembre, quatrième crise, pendant laquelle Xs... eut des hallucinations, il se croyait mort, ou bien s'imaginait être fou, se figurait qu'on voulait le mettre dans une maison d'aliénés, adressait de grossières invectives aux personnes qui l'entouraient. Cette crise dura deux jours.

Le 23 septembre, cinquième crise, qui commença par des mouvements saccadés; puis, le malade se mit à injurier les personnes présentes dans un langage fort imagé.

Le 18 octobre, il y eut une sixième crise, à laquelle nous assistâmes. Depuis deux jours déjà, le malade se sentait triste et indisposé, lorsque, vers dix heures du soir, il eut quelques contractions irrégulières des muscles de la face, quelques frissons, quelques mouvements involontaires des bras; puis, il se jette par terre, étendant les bras et respirant bruyamment. Les mouvements irréguliers présentent un seul caractère, la rapidité avec laquelle ils s'exécutent.

A cette période en succède une autre, pendant laquelle le malade claque des dents, est pris de frissons, demande à être couvert. A un autre moment, le malade se met à chanter, à rire, à invectiver les personnes qui l'entourent. Si on essaie de le toucher, on reconnaît l'existence d'une hyperesthésie générale poussée au plus haut point, le moindre attouchement le faisant bondir dans son lit, pousser des cris et déterminant des contorsions. Parfois il survient un calme, qui dure cinq à dix minutes, pendant lequel le malade revient à lui, s'excuse des injures qu'il a dites et dont il a parfaitement gardé le souvenir. Si courte que soit l'accalmie, tant qu'elle dure, l'hyperesthésie disparaît. A certains moments, Xs... n'est plus agité, mais ne peut parler; il correspond par écrit avec les personnes qui l'entourent et répond ainsi aux questions. La crise finit par céder, le sommeil survient sous l'influence de fortes doses de chloral et de morphine.

Le malade dont nous venons de raconter l'histoire est un hystérique; ses premières attaques sont caractéristiques, et, aujourd'hui encore, l'hyperesthésie qui accompagne les accès délirants, et disparaît lorsqu'ils se suspendent, est pour nous absolument pathognomonique. Cette observation nous a paru intéressante, à cause

du sexe du malade et aussi parce qu'il s'agissait d'une forme fruste d'hystérie caractérisée par des crises de délire et une hyperesthésie concomitante.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Motet, pour la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Jullien.

3° Le complément du travail de M. le docteur Grellet, intitulé : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde*, présenté à l'une des dernières séances par M. Henri Gueneau de Mussy.

4° Le compte rendu des maladies dans l'arrondissement de Soissons pendant l'année 1882, par M. le docteur Fournier.

—

M. Henri Gueneau de Mussy présente, au nom de M. le docteur Lécuyer, de Beaurieux (Aisne), une brochure intitulée : *Recherches relatives à l'étiologie et à la transmission de la fièvre typhoïde.*

M. Maurice Perrin présente, au nom de M. le docteur Moty (Fernand), médecin-major de 2e classe des hôpitaux militaires de la province de Constantine, un travail manuscrit intitulé : *Relation d'une epidémie de dysenterie saisonnière; étude des microbes dysentériques.*

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage un exemplaire du IIIe fascicule du *Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales.*

M. Dechambre offre en hommage, en son nom et au nom de MM. Mathias Duval et Lereboullet, le Ier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, avec figures dans le texte.

M. Le Roy de Méricourt présente, au nom de M. le docteur H. Rey, les articles *Statistique médicale* et *Maladie du sommeil*, extraits du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

—

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce), au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Legouest, Moutard-Martin, Peter, Jules Rochard et Villemin, lit un rapport sur le Mémoire lu par M. le docteur Glénard (de Lyon), relatif au traitement de la fièvre typhoïde.

Ce rapport est intitulé : *De la mortalité des soldats français atteints de fièvre typhoïde.*

M. le rapporteur commence par discuter les chiffres du Mémoire de M. Glénard relatifs à la mortalité dans les armées allemandes.

Quand il s'agit de statistique, dit M. Colin, il importe de procéder sur des éléments exactement comparables. Or, d'une part, les mots *typhus* et *fièvre typhoïde* ne sont pas toujours appliqués de même en Allemagne et en France et, d'autre part, avec la prétention de guérir la fièvre typhoïde dès les premiers jours, dès la période prodromique, alors qu'elle n'est caractérisée par rien, M. Brand et ceux qui procèdent comme lui se sont exposés à considérer comme des fièvres typhoïdes des embarras gastriques et autres affections fébriles, qui ne sont nullement de même nature.

Relativement aux chiffres énormes relevés par M. Glénard sur les tableaux statistiques de l'armée, comme représentant la mortalité causée par la fièvre typhoïde dans les hôpitaux militaires, M. Colin signale une grave cause d'erreur. Dans ces tableaux, toujours avant la fièvre typhoïde, figure une affection inscrite sous la formule : *fièvre continue*, et qui représente à peu près le double d'entrées à l'hôpital. Ainsi, en 1870, on trouve pour la fièvre typhoïde 4,130 entrées à l'hôpital et, pour cette fièvre continue, 7,582. Or, la durée moyenne des jours d'hôpital, pour cette dernière, a été de 28 jours.

Quatre semaines de traitement indiquent qu'il s'agit d'autre chose que de simples embarras gastriques. Or, fait très remarquable, si l'on se rapporte aux tableaux obituaires, on trouve que pas un seul de ces 7,582 n'est indiqué comme ayant succombé.

En réalité, la plupart de ces cas de fièvres dites continues sont bien réellement des fièvres typhoïdes, dont le diagnostic était incertain lors de l'inscription initiale du soldat admis à

l'hôpital, ou qui bien que déjà évidentes, n'ont pas été inscrites sur la pancarte, de crainte d'effrayer le malade. Puis ce malade, entré sous la rubrique *fièvre continue*, reste sous la même étiquette, au détriment de la colonne des guérisons de la fièvre typhoïde.

Il n'est qu'une circonstance qui vienne modifier cette répartition, c'est le décès du malade. Que l'autopsie soit faite ou nom, quel médecin français consentirait à mettre sur la pancarte : mort de fièvre continue? Ces morts vont grossir la colonne des morts par fièvre typhoïde. De là une augmentation apparente dans la mortalité de la fièvre typhoïde quand on n'étudie pas ces tableaux statistiques avec soin et dans leur entier.

En additionnant les fièvres dites continues aux fièvres dites typhoïdes, qui sont de même nature, on a un total de 11,682 cas en 1876, et les 1,675 décès ne représentent qu'une mortalité de 14 pour 100 au lieu de 40.

Il en est de même à peu près pour les années 1877, 1878 et 1879 pour lesquelles les tableaux statistiques ont été publiés.

« En terminant ici son rapport, votre commission, dit M. le rapporteur, tient à préciser une dernière fois les limites du mandat où elle s'est renfermée: elle a eu hâte, suivant votre désir, d'étudier la valeur de documents dont la gravité devait forcément alarmer l'opinion publique et donner cette publicité regrettable à une erreur qui nous paraît avoir été commise de bonne foi, mais qui est venue ajouter de nouvelles douleurs à celles de tant de familles, et qu'aurait conjurée la moindre velléité d'information.

Loin de nous donc, la pensée de vouloir conclure de cette rectification de chiffres à une appréciation défavorable du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Votre commission tient le plus grand compte des faits recueillis à l'étranger, spécialement en Allemagne, ainsi que des recherches et des tentatives accomplies en France par plusieurs confrères dont quelques-uns appartiennent à l'armée et qui sont dignes de votre estime et de vos encouragements.

Elle a donc l'honneur de soumettre à votre approbation les résultats de son enquête :

1° Le chiffre des entrées dans les hôpitaux militaires français, par *fièvre typhoïde*, comprend non seulement les malades admis sous ce diagnostic, mais encore un grand nombre de ceux dont l'affection a été qualifiée de *fièvre continue*;

2° Les décès par fièvre typhoïde, inscrits dans la statistique médicale de l'armée, se rapportent non seulement aux malades entrés sous la rubrique : *fièvre typhoïde*, mais encore à ceux qui ont été admis avec le diagnostic : *fièvre continue*. La proportion de ces décès, au total de ces deux groupes, est d'environ 14 p. 100. »

La discussion du rapport de M. Léon Colin est renvoyée à la prochaine séance.

—

M. Germain Sée continue son discours sur le traitement de la fièvre typhoïde; l'heure avancée ne lui permet pas de le terminer; il en renvoie à mardi prochain la troisième partie.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

BIBLIOTHÈQUE

Extraits de pathologie infantile de Blache et Guersant, publiés par le docteur R. Blache, avec une préface de M. le docteur Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants. Paris, Asselin et Cie; 1883.

C'est le propre des ouvrages fondés sur la saine observation des malades de ne pas vieillir; les théories et les doctrines passent, les faits cliniques restent, et les auteurs qui les ont bien décrits sont toujours consultés avec fruit. Blache et Guersant sont de ce nombre, et notre excellent confrère, Réné Blache, n'a pas seulement rempli un devoir de piété filiale en réunissant dans ce volume leurs productions les plus remarquables, il a rendu un service signalé au public médical. Ces extraits sont bien près de constituer un traité complet, et leur place est marquée dans les bibliothèques à côté du livre de Rilliet et Barthez. La grande expérience et le sens clinique des auteurs s'y révèlent, à chaque instant, par des traits originaux; on sent qu'ils ont vu ce qu'ils décrivent et qu'ils l'ont bien vu. Sans doute l'anatomie pathologique présente des lacunes inévitables; c'est depuis peu de temps seulement que l'on connaît la nature intime de la plupart des lésions observées chez les enfants; mais la partie clinique, qui est de beaucoup la plus importante, reste au courant de la science; on chercherait en vain une meilleure description des fièvres éruptives, des méningites, des affections vermi-

neuses et d'une manière générale de toutes les maladies spéciales à l'enfance; les pages qui leur sont consacrées semblent écrites d'hier.

M. Réné Blache a publié intégralement, sans addition ni commentaire, l'œuvre de son père et de son grand-père; nous ne pouvons que l'en féliciter. Nous regrettons cependant qu'il n'ait pas consigné, sous forme de notes distinctes du texte, les résultats de son expérience personnelle; l'index bibliographique placé en tête du livre montre qu'il eût pu le faire très utilement; nous émettons le vœu qu'il satisfasse à ce desideratum dans une prochaine édition.

H. Hallopeau.

Du traitement et de la curabilité du pied-bot invétéré, par le docteur E. Bailly, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Lyon, 1882.

La thèse de M. Bailly est une étude comparative et fort judicieuse des méthodes employées dans le traitement de cette infirmité, appareils orthopédiques, sections tendineuses, redressement brusque ou massage forcé, tarsotomie.

L'auteur a surtout en vue les pieds-bots invétérés de l'adolescent ou de l'adulte; il se propose de mettre en lumière le *massage forcé*, méthode inaugurée par M. Delore, et dont les chirurgiens de Paris n'ont pas, que je sache, une bien longue expérience.

M. Bailly fait comme la plupart de nos jeunes confrères, qui, au moment de composer leur travail inaugural, reprennent leur sujet *ab ovo*, et ne nous épargnent pas un long chapitre préliminaire sur l'anatomie, la classification, la pathogénie, sans rapport direct avec leur principal objectif. Ici, les noms et les théories du pied-bot tiennent peut-être une place inutile. Mais passons sur ce léger grief et arrivons au cœur du sujet.

A vrai dire, l'auteur oublie quelque peu sa promesse d'étudier seulement les pieds-bots invétérés. C'est ainsi qu'il passe en revue les bandages et les machines applicables surtout à l'enfance, et nous fait l'histoire de la ténotomie et des engouements dont elle fut l'objet. Il n'est pas jusqu'au massage forcé qui n'ait donné ses plus beaux résultats sur des sujets très jeunes; M. Delore, paraît-il, ne l'a employé qu'une fois chez l'adulte. Mais il faut ajouter que MM. Letiévant et Vincent l'ont mis également à profit et s'accordent à le préconiser dans les cas anciens et rebelles. D'après la description donnée par l'auteur, et d'après une série d'expériences cadavériques instituées sur des sujets d'âges divers, la méthode lyonnaise paraît sans dangers. Il est d'ailleurs avec elle des accommodements, car elle admet comme auxiliaire les sections tendineuses ou aponévrotiques, et toute une série d'appareils destinés à compléter le redressement ou à prévenir les récidives.

Les observations inédites rassemblées dans ce travail ne sont pas très nombreuses, mais elles comprennent tous les faits jusqu'ici connus; l'avenir, sans doute, nous en réserve d'autres non moins intéressants.

La tarsotomie est jugée par l'auteur avec une certaine sévérité, comme l'a fait elle-même, il y a quelques semaines, la Société de chirurgie. C'est une opération exceptionnelle, réservée aux cas où la déformation du pied est liée, soit à des lésions osseuses, ostéite, carie, nécrose, soit à des lésions articulaires, telles que l'arthrite avec ankylose. Pour les autres cas, voici le résumé de l'opinion de l'auteur : les pieds-bots simples et jeunes doivent être traités par la ténotomie et les appareils; les anciens et rebelles, quel que soit le degré de la difformité, sont justiciables du massage forcé, combiné avec la ténotomie et l'emploi judicieux d'appareils spéciaux.

Cure radicale de l'hydrocèle par la méthode de l'incision avec les précautions antiseptiques, par le docteur Alph. Labadie, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1881.

La thèse de M. Labadie est un fort bon travail, d'une forme peut-être plus achevée que le précédent, mais dont le sujet même est de nature à étonner quelques-uns d'entre nous, si habitués que nous soyons au pansement de Lister et à ses beaux résultats.

Sans doute il ne s'agit pas de l'incision pure et simple, telle que la pratiquaient les vieux chirurgiens; l'étude historique à laquelle se livre l'auteur nous montre la destinée de cette ancienne pratique, les jugements sévères et motivés qu'on a portés sur elle, et nous fait passer sous les yeux d'intéressants détails, effacés aujourd'hui de nos souvenirs, tant l'hydrocèle et son traitement sont devenus banalités courantes et qui nous arrêtent à peine au lit du malade.

La méthode que M. Labadie s'attache à nous faire connaître est celle de Volkmann, c'est-à-dire l'application des procédés antiseptiques de Lister à la cure de l'hydrocèle par incision. Les résultats de cette méthode peuvent être appréciés aujourd'hui, grâce à l'accumulation d'un

grand nombre de faits dus à Volkmann, Genzmer, Bardenheuer, Saxtorph, J. Bœckel, etc. La seule observation personnelle sur laquelle l'auteur appuie son travail, est la trois-centième. Les autres sont colligées avec soin et présentées sous une forme concise. Nous regrettons que l'expérience de l'auteur ne soit pas plus étendue ; mais nous devons lui savoir gré d'avoir exposé avec beaucoup de méthode ce traitement nouveau, ses menus détails, les quelques divergences qui existent entre les auteurs, et d'avoir ainsi composé un travail d'ensemble qui permet à chacun de nous de juger amplement la question en litige, d'en prendre et d'en laisser ce qui lui convient.

Ses conclusions, très favorables à l'incison antiseptique de l'hydrocèle, sont empreintes néanmoins d'une louable réserve. Nous qui, malgré notre vénération pour la méthode listérienne, ne suivrons pas aveuglément la pratique de Volkmann, nous tenons à féliciter M. Labadie d'avoir eu surtout en vue, dans ses recommandations, les hydrocèles anciennes, volumineuses, rebelles aux procédés connus, ayant récidivé, celles enfin où des lésions du testicule ou de la vaginale rendent le diagnostic incertain.

JOURNAL DES JOURNAUX

De quelques formes curables de paralysie spinale des adultes, par le docteur Carter. — Le traitement qui a donné les meilleurs résultats à l'auteur est le suivant. Pendant la période aiguë de la maladie, ce médecin administre l'ergot de seigle à l'intérieur et applique sur la peau des révulsifs (vésicatoires ou cautère actuel). Quand l'atrophie musculaire est déclarée, il fait usage du phosphore et de la strychnine à l'intérieur, des courants interrompus sur les muscles et des courants continus sur la moelle. De plus, il pratique le massage sur des régions qui sont le siège de l'atrophie. (*Liverpool méd. chir. journ.*, et *New-York méd. journ.*, juin 1882.)

De l'emploi du jaborandi contre l'urticaire, par le docteur Putzel. — Ce malade, âgé de 21 ans, était atteint d'un urticaire chronique de la face depuis deux hivers. La face était par moment congestionnée et l'urticaire plus marqué pendant la nuit. Les bras et les jambes présentaient une coloration rouge vif et étaient le siège de violentes démangeaisons. De plus, la surface cutanée était altérée et desséchée. On avait employé les médications habituelles, mais le docteur Putzel résolut d'essayer le traitement par le jaborandi.

L'amélioration fut rapide, mais deux mois plus tard survint une seconde poussée qui fut traitée par les mêmes moyens. (*Journal of nervous and mental disease*, p. 350, avril 1882.)

De l'ambliopie quinique, par le docteur Hobby. — Cette amanrose se manifesta après l'administration d'une forte dose (20 grains) de quinine dans un cas de névralgie d'origine paludéenne. Le quatrième jour après l'ingestion de ce médicament, la vision était diminuée de 16/200 pour l'œil droit et de 3/200 pour l'œil gauche ; la pupille était dilatée ; les deux rétines anémiées et le champ visuel diminué de 1/10. Le traitement a consisté dans l'emploi des médicaments ferrugineux et les injections sous-cutanées de strychnine.

La guérison fut rapide ; mais le retour des fonctions fut plus prompt pour l'œil gauche que pour l'œil droit. (*Knapp's Archiv.*, vol. XI, n° 1, et *London méd. Record*, 15 juin 1882, p. 248). — L. D.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 12 au 18 janvier 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,135. — Fièvre typhoïde, 68. — Variole, 15. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 37. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 39. — Phthisie pulmonaire, 203. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 75. — Bronchites aiguës, 35. — Pneumonie, 93. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 40 ; au sein et mixte, 23 ; inconnus, 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 124 ; circulatoire, 62 ; respiratoire, 89 ; digestif, 48 ; génito-urinaire, 21 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 3. — Après traumatisme, 2. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 3e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,351 naissances et 1,135 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,202, 1,116, 1,099, 1,122.

Le chiffre de 1,135 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc sensiblement égal au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

A l'égard des affections épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente, fait ressortir :

Une aggravation pour la Variole (15 décès au lieu de 6), l'Infection puerpérale (5 au lieu de 3) ;

Une atténuation pour la Rougeole (14 décès au lieu de 28), l'Erysipèle (5 au lieu de 11), la Diphthérie (37 au lieu de 42).

La Scarlatine, qui n'avait occasionné aucun décès la semaine précédente, en a eu 4 cette semaine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux, communiquée par l'Assistance publique, accuse atténuation pour la Variole (19 admissions pendant la semaine du 8 au 14 janvier, au lieu de 29 pendant les 7 jours précédents), et pour la Diphthérie (29 au lieu de 31) et une aggravation pour la Fièvre typhoïde.

Nous n'avions constaté la semaine dernière que 78 admissions (et non 88), comme on nous l'a fait dire par erreur dans nos conclusions, de malades atteints de cette affection. Les hôpitaux en ont admis cette semaine 135, et d'autre part, 35 cas d'invasion nons ont été signalés par nos confrères ; mais il convient de remarquer que le chiffre de 68 décès relevés dans notre Bulletin de ce jour, du fait de la Fièvre typhoïde, est sensiblement égal à celui de la semaine précédente et des semaines écoulées depuis le 17 novembre.

Nous devons signaler toutefois le contingent de 7 décès fourni à la Fièvre typhoïde, du 12 au 18 courant, par le quartier de *La Roquette*. Ce quartier qui est, d'ailleurs, après celui de *Clignancourt* le plus peuplé de Paris (69,502 habitants), n'avait pas, jusqu'à présent, été frappé plus que ses voisins par l'épidémie.

Comme on pouvait s'y attendre, il s'est produit cette semaine un plus grand nombre de décès par suite des diverses maladies des organes respiratoires et de l'appareil cérébro-spinal. C'est la conséquence des brusques variations de température auxquelles nous sommes soumis depuis plusieurs semaines.

D[r] BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Jeudi dernier un cortège nombreux de médecins et d'amis accompagnait directement jusqu'au cimetière du Père-Lachaise le corps du docteur Delpeuch, mort en peu de jours, à l'âge de 57 ans, d'une pneumonie diabétique. Ce confrère était un praticien aussi honorable qu'estimé. Il laisse un fils, ancien interne des hôpitaux. Il était membre de la Société de médecine de Paris, qui était représentée par son Bureau.

M. le docteur RELIQUET, président de la Société de médecine de Paris, a prononcé les paroles suivantes sur la tombe du docteur Delpeuch :

Delpeuch, privé des ressources qui permettent les longues études, à 22 ans, va exercer la médecine dans son pays, la Corrèze, à Bort.

Il y reste 15 ans. Le souvenir de sa valeur médicale est loin d'être éteint parmi ses compatriotes, qui souvent l'appelaient près d'eux. Cela nous fait comprendre le courage qu'il a fallu à notre confrère pour quitter cette situation acquise.

Mais il avait trois fils ; il voulait leur donner l'instruction la plus complète possible, sans les éloigner de son foyer.

A l'âge de 38 ans, ne pensant qu'à l'avenir des siens, il vient affronter à Paris les difficultés si grandes des premières années de la pratique médicale.

Delpeuch avait en lui des qualités maîtresses, qui devaient le faire réussir vite dans sa nouvelle carrière. Il était de ces travailleurs énergiques qui aiment leur profession, se tiennent au courant de notre science, et ne laissent rien passer de ce qui se présente à leur observation, sans que leur expérience de praticien en profite.

Il avait l'honnêteté professionnelle absolue. Respectueux des idées d'autrui, il conservait précieusement ses opinions philosophiques.

Ainsi il a pu accomplir la grande tâche qu'il s'était imposée. Ses trois fils, après de brillants succès dans leurs études, honorent actuellement les carrières qu'ils ont choisies, en s'y faisant brillamment remarquer. L'aîné est ingénieur, ancien élève de l'école centrale. Le second vient de finir son internat en médecine dans les hôpitaux de Paris. Le troisième appartient à l'Université ; il est sorti, il y a un an, de l'école normale supérieure.

En 1869, Delpeuch entre à la Société de médecine de Paris; son esprit juste lui attire vite les sympathies de ses collègues. Il est assidu à nos séances jusqu'au jour où il a dû se préoccuper de sa santé. Bien souvent, il nous a dit combien il regrettait de ne pas venir parmi nous. « Mais, ajoutait-il, je n'ai que les apparences de la santé; pour terminer mon œuvre, élever mes trois fils, j'ai besoin de vivre. »

Il voyait, hélas, trop bien en lui-même! Heureusement, il a eu la satisfaction d'accomplir son œuvre.

Delpeuch laissera ineffaçable, dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu, le souvenir d'un homme de bien.

CONÇOURS DE L'AGRÉGATION. — La troisième épreuve s'est terminée mercredi soir. Les dernières questions traitées ont été :

Mardi 16 janvier. — M. Artigalas : Séméiotique de la langue. — M. Leroy : Intermittence et périodicité des maladies aiguës.

Mercredi 17. — M. Quinquaud : Du tympanisme abdominal.

La quatrième épreuve, leçon clinique d'une demi-heure au lit du malade après une demi-heure d'examen et de préparation, a commencé le jeudi 18 janvier à quatre heures et demie du soir, à l'Hôtel-Dieu. Les leçons auront toutes lieu à l'Hôtel-Dieu ; trois candidats passeront successivement dans la même séance, leurs noms seront tirés au sort au commencement de chacune d'elles.

PRIX BARBIER. — Sur le rapport de la commission composée de MM. les professeurs Richet, président, Verneuil, Trélat, Le Fort et Panas, rapporteur, la Faculté de médecine de Paris a décidé que le prix Barbier, pour l'année 1882, serait partagé, à titre d'encouragement, entre les candidats dont les noms suivent :

1° M. le docteur Brondel, pour son nouveau sphigmographe ; 2° M. le docteur Dupont, pour son appareil aérothérapique; 3° M. Desfossés, élève externe des hôpitaux de Paris, pour son pèse-bébés.

Qant aux prix Châteauvillard, la commission, composée de MM. Regnauld, président, Gosselin, Depaul et Sappey, rapporteur, a décidé que ce prix, d'une valeur de 2,000 francs, serait partagé entre MM. les docteurs Giraud-Teulon, pour son ouvrage intitulé : « La vision et ses anomalies », et Cadiat, professeur agrégé, pour son « Traité d'anatomie générale ».

— Le prix de médecine navale pour l'année 1882 a été décerné, à l'unanimité, à M. Orgéas, médecin de deuxième classe. Des témoignages de satisfaction ont été, en outre, accordés à MM. Martineng, Chastang, Dupont, Kuenemann et Talairach.

LA STATION BIOLOGIQUE DE SYDNEY. — L'Australie est devenue, depuis quelques années' le siège d'un important mouvement scientifique : des Universités y ont été fondées et de savantes Sociétés se sont donné pour tâche d'étudier les richesses inappréciables que possède cette île, dont la faune et la flore réservent encore plus d'une surprise aux naturalistes.

L'étude des animaux terrestres ou des productions du sol peut se faire aisément dans un laboratoire de ville ; mais, pour l'observation des formes marines, il devient nécessaire d'établir, sur le rivage même de la mer, une station qui offre au travailleur les instruments dont il peut faire usage, et mettre à sa disposition les engins de pêche, dragages, etc. La Nouvelle-Hollande ne possédait point encore d'établissement de ce genre. Grâce à l'énergie et a la persévérance de M. de Miklouho-Maclay, une « station biologique » vient d'être créée à Sydney. Ce savant obtint de la Nouvelle-Galles du Sud le don d'une pièce de terre située à la Watson's Bay, et sur laquelle la station est actuellement construite ; le gouvernement s'engageait en outre à verser une somme de 300 livres sterling pour aider à la construction, à la condition que pareille somme serait couverte par une souscription. On eut des difficultés de toute sorte à parfaire la somme demandée; mais pourtant, à la longue, après un délai considérable, la souscription fut déclarée close et la station fut construite et partiellement pourvue d'instruments.

La station s'élève sur la la langue de terre qui est située entre Watson's Bay et Camp-Cove. C'est un simple cottage en bois construit sur des fondations en pierre et couvert d'une toiture en fer. Un seul étage, élevé sur un sous-sol. Ce dernier est réservé aux grosses dissections et aux manipulations qu'on ne peut faire dans les salles de travail; les collections de flacons, de produits chimiques, les filets, les dragues y ont également leur place marquée. L'étage supérieur est divisé en six chambres réunies deux à deux; le travailleur qui désire travailler à la station peut disposer de deux salles, l'une lui servant de chambre à coucher, l'autre de laboratoire. Les chambres à coucher mesurent 12 pieds sur 11. Les salles de travail ont 15 pieds sur 12. Les cloisons qui séparent les salles les unes des autres sont doubles, et

l'espace est rempli de sciure de bois, pour amortir les bruits. L'édifice a une longueur totale de 36 pieds sur 27 d'épaisseur. De plus, une vérandah, large de 6 pieds, en fait le tour. Cette installation laisse sans doute encore beaucoup à désirer; un garçon, des aquariums, des engins de pêche font encore défaut, mais les administrateurs espèrent achever rapidement l'installation, grâce à des subventions annuelles promises par la « Royal Society of New South Wales », la « Royal Society of Victoria » et l' « Australian biological Association »; la première de ces Sociétés s'est inscrite pour une somme de 25 livres.

La station est ouverte à tous les biologistes du sexe masculin, quelle que soit d'ailleurs leur nationalité; une somme peu importante est prélevée chaque semaine pour le service. Toute Société qui souscrit une somme annuelle de 25 livres peut envoyer un de ses membres, et il ne lui sera pas réclamé de taxe hebdomadaire. Une notable diminution est faite aux membres de l' « Australian biological Association ». La station est administrée par sept « trustees » nommés par le gouvernement; parmi eux se trouvent : MM. de Miklouho-Maclay, directeur; W. A. Haswell, secrétaire; Edw. P. Ramsay. Ce dernier est curateur au Musée de Sydney. (*Revue scientifique.*)

Voyages en Afrique. — On a reçu des nouvelles du voyageur allemand qui a été chargé d'explorer la région du Niger-Binué. Il paraît que, le 10 avril dernier, Robert Fleyel avait passé la rivière Binué au sud et atteint la grande ville de Wukari. Le 26 mai, il est arrivé à Koutcha en passant par la route de Bautadchi et de Bakundi. M. Fleyel, dont la santé s'est beaucoup améliorée, engage de toutes ses forces le gouvernement allemand à établir une station dans cette saine et fertile contrée.

Influence politique des comètes en Chine. — La fréquence des comètes depuis deux ans a été regardée, dit la *Nature*, comme un présage très menaçant par les Chinois. Dans la queue, qu'ils assimilent à un sabre enflammé, ils voient l'emblème d'une vengeance qui va s'exercer sur une nation indigne. A la suite de la dernière comète, il a été rendu un décret promulgué au nom du jeune empereur et portant que la comète prouve la négligence apportée par les fonctionnaires à renseigner le souverain sur les malheurs du peuple. Une enquête très sévère est ordonnée, et il est possible qu'il s'ensuive une réforme radicale de l'administration chinoise.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 27 janvier 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Du pronostic du rétrécissement mitral pur et compliqué, par M. Duroziez. — 2° Observation d'un cas de purpura hemorrhagica suivi de mort, par M. Rougon. — 3° Rapport de M. Gillebert Dhercourt père sur la demande du titre de membre honoraire par M. Guibout. — 4° Communications diverses.

Asile Sainte-Anne. — Le docteur Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales le dimanche 28 janvier, à 9 heures 1/2, et les continuera les mercredis et dimanches suivants, à la même heure.

Les leçons porteront plus particulièrement cette année sur les délires chroniques, les rapports du mysticisme avec la folie et sur la paralysie générale.

Erratum. — Un faux renseignement nous a fait commettre, dans la dernière édition de notre Almanach, une erreur grave : Au département de la Lozère, M. le docteur E. Monteils ✻ a été retiré de sa résidence de Florac pour être porté à Bagnols-les-Bains. M. le docteur Monteils réside bien à Bagnols, dont il est inspecteur pendant la saison des bains; mais pendant le reste de l'année il est toujours domicilié et exerce à Florac.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR L'HYSTÉRIE FRUSTE ET SUR LA CONGESTION PULMONAIRE HYSTÉRIQUE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 novembre 1882,

Par le docteur M. DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Suite. — (Voir le numéro du 25 janvier.)

L'observation que nous allons rapporter a donné lieu à des erreurs de diagnostic, parce que le malade présente des phénomènes sur lesquels l'attention du médecin n'a pas été suffisamment éclairée.

Gs..., âgé de 23 ans. Son père est bien portant, sa mère a eu de fréquentes attaques d'hystérie, sa sœur est très nerveuse, son frère a eu quelques hémoptysies.

A l'âge de 16 ans, Gs... commença à mener une existence irrégulière, veillant tard, jouant et abusant des plaisirs de l'amour. Sous l'influence de ces fatigues, il s'affaiblit, devint anémique et présenta des accidents nerveux; il était très irritable et entrait dans de violentes colères pour des motifs futiles.

Un jour, à la suite d'une discussion vive avec son frère, il saisit ce dernier par le collet de l'habit, mais ses doigts se fermèrent convulsivement, il ne put les ouvrir et garda plus d'une heure l'étoffe qu'il serrait ainsi ; puis, subitement, ses doigts se détendirent. Pendant tout ce temps, les mâchoires furent serrées convulsivement et il ne put les ouvrir.

A l'âge de 17 ans, le bruit d'une assiette cassée le fit entrer dans une violente colère; puis, il tomba en proie à une attaque de nerfs, qui dura une heure environ ; il revint à lui hébété, étourdi, n'ayant pas la notion de ce qui s'était passé. Pendant cette attaque, il serait resté raide, sans mouvements convulsifs, n'aurait pas eu d'écume aux lèvres, ne se serait pas mordu la langue. A la suite de cette crise, il resta trois mois au lit et il eut une douzaine de nou-

FEUILLETON

CAUSERIES.

Les bulletins de santé et les certificats de médecin. — M. Bourneville est-il médecin des hôpitaux?

J'ai reçu au sujet de ma dernière *Causerie* une lettre remplie de bonnes choses que je ne puis m'empêcher de communiquer à nos lecteurs. Comme j'y suis pris à partie, et que d'autres de nos confrères auraient pu avoir les mêmes idées que mon honorable correspondant, je répondrai chemin faisant à ses critiques.

« Je suis très surpris, me dit-il, de la façon dont vous appréciez la conduite des médecins de M. Gambetta en ce qui concerne la rédaction des bulletins de santé. Il me semble que le secret professionnel n'a rien à voir en cette affaire et que votre doctrine ne peut qu'entraîner de fâcheuses conséquences. »

— J'ai dit en effet, que si les médecins avaient dit aux indiscrets qui venaient les solliciter, la vérité sur l'état du malade, ils auraient manqué au secret professionnel. Cela, je le maintiens. On ne doit dire ce qu'on pense d'un malade qu'à lui-même ou à sa famille. Ceci n'est pas à discuter.

— Ce bulletin de santé, reprend mon correspondant, était absolument mensonger, comme vous le reconnaissez implicitement; il était publié dans le but d'induire le public en erreur.

— Je reconnais, en effet, que les bulletins de santé étaient mensongers, mais je nie qu'ils fussent rédigés pour induire le public en erreur. M. Lannelongue a dit dans la relation de la

velles attaques, qui se présentaient avec des caractères que nous allons décrire. Le malade avait d'abord des idées tristes, il pensait à son avenir compromis, à l'impossibilité d'aller à Paris terminer ses études, puis il était tiré de ses rêveries par l'apparition d'un spectre qui se dressait devant lui. Pris de terreur, il luttait contre ce fantôme et il fallait alors plusieurs hommes vigoureux pour le maintenir dans son lit; en même temps, il parlait, suppliait ses parents de ne pas le laisser mourir, d'éloigner le spectre, de le laisser aller à Paris, ou bien, il vociférait et blasphémait. La crise finissait par des soupirs et il ne gardait pas le moindre souvenir de ce qui s'était passé.

Trois mois après la première attaque, il commença à se lever; mais, au bout de trois jours, il se réveilla avec une hémiplégie droite complète. La sensibilité du même côté était émoussée, on l'explora d'ailleurs d'une façon insuffisante, sans chercher si les organes de sensibilité spéciale étaient intéressés. Cette paralysie diminua progressivement; sa durée fut de trois mois.

Au mois d'octobre 1877, le malade fut alité vingt jours; atteint d'une bronchite, il toussait et crachait abondamment, il avait des vomissements fréquents, suait la nuit. Un médecin des plus distingués diagnostiqua une bronchite spécifique intéressant le sommet droit; la guérison fut néanmoins complète.

Le 20 janvier 1878, le malade fut pris de frisson, d'un point de côté à droite; on diagnostiqua une nouvelle bronchite du sommet droit. Au mois de décembre de la même année, il eut des douleurs vives dans le côté droit, des frissons de fièvre, des hémoptysies, dont une assez abondante, qui amena le rejet d'un verre de sang. Ces accidents aigus diagnostiqués congestion pulmonaire spécifique, durèrent une quinzaine de jours, mais il subsista de la dyspnée; on reconnut l'existence d'une pleurésie qui fut ponctionnée; on retira un quart de litre d'un liquide citrin et transparent.

Au mois d'octobre 1879, il y eut dans le poumon droit une nouvelle poussée congestive avec des frissons, des crachements de sang, des sueurs, une anorexie persistante et quelques vomissements. On prescrivit de l'atropine, de l'huile de foie de morue créosotée, de l'arsenic. Le malade se rétablit complètement.

En mars 1880, le malade est repris de douleurs vives dans le côté droit, de crachements de sang qui durent quinze à vingt jours. Le malade va consulter le professeur X..., qui déclare à la famille que le poumon droit est complètement perdu. Gs... se rétablit néanmoins; il persista seulement une anorexie invincible, une tristesse extrême et des céphalalgies fréquentes.

En septembre 1881, nouvelle congestion pulmonaire avec crachements de sang. Le professeur X... consulté diagnostique une congestion du sommet droit, prescrit des vésicatoires, de l'arsenic, de l'huile de foie de morue.

Gs... eut, en février 1882, une crise dyspnéique pendant laquelle il pensa étouffer; au sortir de cette crise, il pleura abondamment.

Au mois de juillet 1882, Gs... fut pris, dans l'après-midi, d'un sommeil invincible qui dura quelques heures; au réveil il toussa et cracha du sang. Le professenr X... affirma des lésions

---

maladie de M. Gambetta, qu'il vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire*, « que les bulletins avaient été rédigés intentionnellement dans un sens favorable parce que M. Gambetta, jusqu'à son dernier jour, a voulu lire les journaux pour savoir ce qu'ils disaient de sa maladie. » Les médecins consultants voulaient tromper M. Gambetta, mais non le public. « Les médecins étaient surtout préoccupés, écrit M. Lannelongue, d'éloigner toute inquiétude de l'esprit de M. Gambetta, qui, le matin même (la veille de sa mort), s'était fait communiquer les journaux. » Le public a été trompé aussi, je le veux bien, mais secondairement et non par première intention.

— Je me demande si le médecin est bien dans son rôle, quand il prête la main à de semblables supercheries en apposant sa signature au bas d'un faux certificat.

— Ceci, cher confrère, est encore une exagération. La supercherie n'était pas bien grave, puisqu'elle avait pour but de rassurer un malheureux dont la mort était certaine, et d'adoucir ses derniers moments. Quel médecin a toujours répondu, lorsqu'on l'interrogeait devant un mourant, que celui-ci n'en réchapperait pas? Or, la situation des médecins vis-à-vis de M. Gambetta était la même : M. Gambetta lisant les journaux dans lesquels se trouvaient les bulletins de santé, il aurait appris par cette voie ce que les médecins tenaient à lui cacher, et pour éviter cette fâcheuse conséquence, ils ne disaient que ce qu'ils voulaient que sût leur malade, c'est-à-dire que tout était pour le mieux.

D'ailleurs, le *bulletin de santé* n'est pas un *certificat*, comme paraît le croire mon honorable confrère; c'est tout au plus la constatation de l'état dans lequel se trouve un malade, et cette pièce, comme chacun sait, n'a nullement le caractère officiel du certificat. Le bulletin de santé peut être ce que l'on veut, suivant qu'il est destiné à être lu par la personne intéressée, par des indifférents, ou par la famille, qui peut avoir des mesures à prendre suivant telle ou

considérables du poumon droit, lésions d'origine tuberculeuse; mais, ayant revu le malade quinze jours plus tard, il fut stupéfait (et ne chercha point à le cacher) des modifications heureuses qui s'étaient produites dans le poumon; il déclara qu'il s'agissait toujours d'une tuberculose, mais que la lésion consistait en nombreuses granulations tuberculeuses, éparses dans le poumon droit.

Convaincu qu'il était condamné à une mort prochaine, le malade se retira à la campagne; il interrompit tout travail, s'occupant exclusivement de sa santé. Il renonce même à consulter les médecins. Nous l'avons vu par hasard, alors que nous étions appelé à donner notre avis sur la santé d'un de ses parents; c'était à la fin du mois de septembre 1882.

A ce moment, il se plaignait vivement d'une toux continuelle sans expectoration, de points de côté revenant à chaque instant, occupant des régions diverses et combattus par de nombreuses applications de vésicatoires, d'une anorexie qui lui permettait à peine de prendre quelques bouchées de viande et quelques tasses de lait. Cette anorexie durait depuis plusieurs mois; elle était compliquée de vomissements, dès que le malade essayait de vaincre ses répugnances. L'auscultation la plus attentive ne nous permet de constater l'existence d'aucune lésion pulmonaire.

Nous découvrons un signe ignoré du malade (quoiqu'il fût un étudiant en médecine déjà avancé dans ses études), une hémianesthésie droite. Elle est complète, intéresse toutes les modes de la sensibilité cutanée (sensations de contact, de douleur, de chaleur); elle a envahi les parties profondes, et, les yeux fermés, le sujet ne sait où est sa main, lorsqu'on lui a imprimé des mouvements passifs. Les organes des sens spéciaux (ouïe, odorat, goût, vue) sont également affectés du côté droit. La vision est peu nette, le rouge n'est pas perçu. Nous cherchons à produire le phénomène du transfert. Nous appliquons un aimant du côté paralysé; au bout de dix minutes, l'anesthésie passe du côté gauche. En comparant la force de la main des deux côtés avec un dynanomètre, on trouve 50 du côté sain, 25 du côté anesthésié.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE

DES ALTÉRATIONS DE LA QUININE.

Un fait de la plus haute importance vient d'être signalé par M. le docteur Laborde dans la séance de la Société de biologie du 16 décembre 1882.

Le sulfate de quinine joue un rôle si grand dans le domaine de la thérapeutique, que l'émotion a été grande, et que de suite on a provoqué des enquêtes pour arriver à savoir comment de pareils faits avaient pu se produire, M. le directeur de l'Assistance publique a été invité,

---

telle éventualité. Le certificat, destiné à jouer un rôle plus ou moins important dans les relations sociales, dans les actes de la vie publique, doit toujours être l'expression d'un fait vrai; ici, il n'y a aucune divergence d'interprétation entre nous. Il ne faut donc pas, d'après moi, confondre le certificat avec le bulletin de santé.

— « Délivrer cette pièce erronée est, pour notre confrère, contraire à la dignité professionnelle... En outre, cela fait supposer que le médecin, qui ne devrait jamais relever que de sa conscience, peut obéir, en certaines circonstances, à un mobile capable de lui faire attester des faits mensongers. C'est regrettable, car le public peut donner à ce mobile une interprétation plus ou moins malveillante, d'où il résulte que la confiance dans la parole du médecin se trouve ébranlée. N'est-il pas plus convenable et plus honorable dans un semblable cas de ne pas publier de bulletin de santé? »

— Nous aurons, je crois, bien de la peine à nous mettre d'accord, car nous examinons tous deux, honoré confrère, la question à un point de vue différent. Je considère le bulletin de santé au point de vue de ses rapports avec le malade, et alors je trouve qu'il faut le rédiger d'une manière favorable, et vous au point de vue de ce qu'en pensera le public, et alors vous voulez qu'il soit toujours vrai. Qui de nous deux a raison? Je crois, malgré votre longue lettre, que c'est moi. Si le malade est dans des conditions telles qu'il puisse être exposé à lire son bulletin de santé, alors que dans votre for intérieur vous croyez utile à son état de lui cacher la vérité, je crois qu'il faut la lui cacher, m'appuyant sur cet axiome plus vieux que vous et moi : « Quand le médecin ne peut guérir, il doit consoler! » Quand le bulletin de santé ne peut être connu du malade, mais qu'il est destiné à préparer la famille à une éventualité qui peut avoir pour elle, et surtout pour votre dignité de médecin, de graves conséquences, alors dites la vérité; mais s'il ne doit être connu que du public ou des indiffé-

au Conseil municipal, à donner des explications au sujet des plaintes formulées sur les falsifications du sulfate de quinine. M. Quentin a répondu :

« Il est vrai qne j'ai reçu des plaintes à ce sujet, qui ont motivé de ma part une enquête immédiate. Nous avons ainsi acquis la certitude que des boîtes de sulfate de quinine qui étaient adressées à la Pharmacie centrale, contenaient, à la surface, un produit d'exellente qualité, tandis que le fond de la boîte n'était rempli que par du cinchonine.

« L'administration de l'Assistance publique a immédiatement pris les mesures nécessaires pour assurer l'exécution des clauses des cahiers des charges imposés à ses adjudicataires, et elle tiendra la main pour que ces clauses soient observées rigoureusement. »

Quelques mots sur l'histoire du sulfate de quinine feront comprendre comment ces altérations se sont produites.

La découverte de la quinine est éminemment française : tout le monde sait qu'elle est due à Pelletier et Caventou et que le prix Montyon récompensa cette grande découverte. Le monde entier devint tributaire de la France. Plus tard, MM. Pelletier, Delondre et Levaillant continuèrent l'œuvre primitive, qui sous leur direction, prit le nom de *Sulfate de quinine des trois cachets*, quoique dans beaucoup de contrées on continue à lui donner le nom de son premier inventeur, Pelletier.

MM. Armet de Lisle continuent, à leur tour, les traditions de leurs prédécesseurs et leur sulfate de quinine est reconnu universellement d'une pureté et d'une qualité tellement supérieures que le cours en est toujours plus élevé de 25 ou 30 francs par kilogramme que celui de toute autre fabrication.

Mais la concurrence est venue se jeter sur le sulfate de quinine et, malgré le prix toujours croissant des écorces de quinquina, le prix du sulfate de quinine a baissé considérablement. Le mot de cette énigme est simplement la découverte d'un nouveau sel de cinchonine, le chlorydrate de cinchonine. Ce nouveau sel a la même forme cristalline que le sulfate de quinine : il a la même apparence, la même blancheur, le même poids spécifique et une amertume particulière, sauf les propriétés fébrifuges.

Tout le monde voulait du bon marché : la vieille fabrication du sulfate de quinine Pelletier, qui est l'honneur de la France, dut souvent abandonner la lutte des enchères, car son cachet indiquant une pureté absolue, était imcompatible avec des prix par trop réduits.

Nous sommes avertis : à nous médecins de formuler dorénavant *Sulfate de quinine des trois cachets.* Nous serons alors assurés de la pureté parfaite de notre sulfate de quinine.

---

rents, alors je crois que, au nom de la dignité professionnelle, il faut dire la vérité, mais qu'au nom du secret professionnel qui fait partie de votre dignité, il vaut mieux se taire. C'est en pareil cas que le silence serait d'or, et, comme mon correspondant, je me prononce pour l'abstention.

— Je dois ajouter que, dans l'espèce, les médecins étaient en quelque sorte obligés de donner un bulletin de santé, car leur silence aurait été interprété d'une manière défavorable par M. Gambetta. La mode, malheureusement, quand un personnage de marque est malade, est de rédiger ces bulletins, et il en sera ainsi tant que la mode ne changera pas. M. Gambetta attirait trop l'attention en temps ordinaire pour que cette attention ne fût pas surexcitée à la nouvelle de sa maladie ; il savait donc que la presse devait s'en occuper, et comme il n'était pas sans croire qu'il avait droit aux honneurs du *bulletin de santé*, il n'aurait pas manqué de conclure que si les médecins qui le soignaient ne disaient rien de son état, c'est que leur opinion à son égard était défavorable. C'est là, je pense, la principale raison qui a motivé la rédaction des bulletins de santé quotidiens communiqués aux journalistes. Notez que j'essaie simplement d'expliquer ce qui s'est passé, mais que tout ceci est pure hypothèse. D'où il appert que la déontologie médicale est un vaste champ encore ouvert aux controverses, ce que je savais déjà, malgré la lumière jetée sur elle par l'excellent article de M. Dechambre.

***

Une phrase de la lettre déjà citée demande encore une réponse, bien qu'elle confonde *certificat* avec *bulletin de santé*. Néanmoins, il ne s'agit ici que du premier.

« Le médecin est toujours libre de refuser un certificat. Vous me direz peut-être qu'il est difficile de résister aux sollicitations des importuns. A cela je vous répondrai que la première

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 janvier 1883. — Présidence de M. Blanchard.

La correspondance comprend une note de M. Houzeau sur la teneur en ammoniaque des eaux pluviales, et sur la décomposition de cette substance sous l'influence des rayons solaires.

Une personne qui habite près des rives de la Seine a eu, comme les autres habitants du même quartier, ses caves inondées. Après le retrait des eaux, elle a observé que le sol des caves était soulevé par places et comme boursouflé. Elle ne sait trop à quoi attribuer ce phénomène, si ce n'est à l'existence d'une couche de goudron, plus basse que le sol, et contre laquelle l'eau aurait fait pression. Le bureau ne paraît pas disposé à lui donner une explication plus satisfaisante.

M. le lieutenant-colonel d'état-major Périer rend compte de la mission qui lui avait été confiée d'observer le passage de Vénus sur le soleil, le 6 décembre dernier, à Saint-Augustin, dans la Floride. Le savant officier expose à ses confrères toute la relation, par le menu, de son voyage et de l'installation de ses instruments dans le fort de la ville. Entre parenthèses, les portes, bien gardées cependant de la forteresse, ne l'ont pas mis complètement à l'abri de l'indiscrétion des journalistes reporters; ce qui prouve que sous ce rapport les Américains sont à la hauteur de nos institutions de curiosité, s'ils ne les dépassent. Il avait été annoncé que 600 épreuves photographiques avaient été prises pendant la durée de l'observation, et nous avions nous-même reproduit ce chiffre sur la foi du télégramme lu à la tribune par M. le secrétaire perpétuel. Il y a là une erreur. C'est 200 épreuves qui ont été prises dans l'espace de quatre heures environ, et c'est déjà bien joli. Quant aux moments précis des contacts qui tous ont pu très nettement être déterminés, ils seront donnés par les comptes rendus.

M. le président remercie M. Périer de son intéressante communication et dit que l'Académie gardera un reconnaissant souvenir de ceux de ses membres qui, en 1874 et en 1882, se sont dévoués pour aller au loin accomplir un devoir scientifique au prix de beaucoup d'efforts, de fatigues et de peines de toutes sortes.

L'ordre du jour appelle l'élection de deux candidats destinés à figurer sur la liste de présentation pour la chaire qu'occupait M. Liouville au Collège de France. La section de géométrie propose en première ligne, M. Jordan, et, en deuxième ligne, M. Laguerre.

L'Académie, par la voie du scrutin, ratifie les choix de la section de géométrie.

M. Vulpian, au nom de MM. Oechsner de Coninck et Pinet, présente une note sur l'action physiologique de la picoline et de la lutidine. Ces expérimentateurs ont entrepris une série

---

qualité du médecin est l'indépendance, et que cette indépendance doit être absolue en toute circonstance et à l'égard de tous. »

Je n'ai rien à redire à cela. J'ai été élevé dans ces idées d'indépendance, et si ma bourse ne s'en est pas toujours bien trouvée, ma conscience n'en était que plus à l'aise. J'ai toujours cru la compensation suffisante. Mais, entre nous, il faut bien reconnaître que le Corps médical ne jouit pas d'une bien bonne réputation d'indépendance et de dignité auprès de certaines gens, puisque nous nous voyons parfois dans la nécessité de leur faire sentir qu'ils ont une trop mauvaise opinion de nous. Permettez-moi de vous narrer un fait qui m'est arrivé il y a quelques années, pour mes étrennes.

Un de mes clients, dont je n'avais jamais eu qu'à me louer, vint un jour me demander un certificat. Son frère, employé dans une administration de l'État, voulant passer les fêtes de Noël dans sa famille et ne pouvant obtenir de congé, imagina de prétexter un accouchement de sa femme, à Paris. L'accouchement avait eu lieu plus tôt qu'on ne croyait, l'accouchée, prise en voyage, était dénuée de tout, et il fallait aller à son secours. Le congé fut accordé par le chef de service, mais celui-ci, flairant une *carotte*, exigea que son employé rapportât un certificat du médecin qui avait accouché la voyageuse infortunée. On venait donc me prier de délivrer ce certificat. Je refusai net; puis, voyant l'ébahissement de mon client, je lui en demandai la cause. — Mais, docteur, répondit-il, je croyais que cela se faisait sans difficulté. Tous les médecins donnent des certificats de maladie sans que cela ait d'importance..... — Je n'ai pas osé demander à mon client le nom de ces médecins, mais j'ai essayé de le convaincre qu'il était dans son tort; que les médecins ne pouvaient pas certifier qu'un enfant était venu au monde quand il était encore dans les limbes; que ce certificat affirmait l'existence d'un enfant à telle date, lequel enfant n'existait plus deux jours après; que la disparition de cet

de recherches pour faire connaître l'action physiologique des bases pyridiques de différentes provenances.

On sait que ces bases se rencontrent dans l'huile de Dippel, dans le goudron de houille et dans la quinoléine brute, provenant de la distillation des alcaloïdes fixes (cinchonine, brucine, etc.) avec la potasse.

Nos expériences ont porté sur la picoline du goudron de houille et sur les lutidines dérivées de la cinchonine et de la brucine. Lorsqu'on respire les vapeurs des bases pyridiques, on éprouve toujours de l'engourdissement cérébral. Ces bases doivent donc posséder une action marquée sur l'organisme.

Nous allons donner ici le résumé des expériences faites avec des substances très pures sur la grenouille, sur le cobaye et sur le chien.

I. On lie l'artère fémorale d'une grenouille pesant 30 gram.; on injecte sous la peau de l'avant-bras 0 gram. 04 de substance. Il se produit d'abord de l'irritation locale; puis, après un temps variant de dix à quinze minutes, l'animal s'engourdit et reste, au bout de quinze à vingt minutes, absolument immobile, sur le dos. Si l'on prend le sciatique dans le membre opposé à celui où l'injection a été faite, et si, avec la pince de Pulvermacher, on excite le bout central du nerf coupé, puis le bout périphérique, voici ce que l'on observe : l'électrisation du bout périphérique produit des mouvements très affaiblis dans le membre correspondant. Du côté où l'artère fémorale a été liée, l'électrisation donne lieu à des mouvements très affaiblis dans le membre correspondant. Du côté où l'artère fémorale a été liée, l'électrisation donne lieu à des mouvements énergiques dans le membre; la respiration est ralentie et modifiée dans son rythme; le cœur bat onze et treize fois au quart. L'animal *revient* au bout de vingt-quatre heures environ. Une dose de 0 gr. 15 détermine la mort d'une grenouille de même poids.

Ainsi, la picoline abolit le pouvoir excito-moteur des centres nerveux et diminue l'excito-motricité du système nerveux périphérique; elle se rapproche donc de la cicutine, d'après les propriétés assignées à ce dernier alcaloïde par M. Bochefontaine.

Si l'on soumet une grenouille aux vapeurs de picoline, l'animal est totalement engourdi au bout de dix minutes. Les systèmes nerveux central et périphérique *ne réagissent plus* sous l'influence de l'électricité. Mais ici l'action est due en majeure partie à l'absorption cutanée.

II. Sur les cobayes de poids moyen, l'injection sous-cutanée de 0 gr. 06 de substance en solution au cinquième, produit, au bout de quinze à vingt-cinq minutes, un léger engourdissement qui devient bientôt complet. Mais ces animaux sont généralement emportés par un phlegmon diffus dû à l'injection, après être revenus à l'état normal.

III. Sur un chien de moyenne taille de 11 kilog. l'injection intra-veineuse de 10 gr. d'une solution à 4 p. 100 détermine rapidement de la salivation qui devient très abondante si l'on

---

enfant pouvait amener une enquête, des poursuites, etc. Je citai même le Code. Pendant ce temps, mon auditeur me regardait d'un air goguenard..... Je m'en tins là et lui rendis sa liberté. Il est parti, convaincu de ma mauvaise volonté à son endroit, mais pas de son tort.

Le jour de l'an, je le rencontrai. L'air goguenard reparut sur sa figure. — « Docteur, j'ai eu mon certificat. — Je vous en félicite, mais vous m'étonnez beaucoup. Est-ce qu'on a certifié la naissance de l'enfant ? — Oh ! non. M. X... a trouvé mieux; il a certifié qu'il avait soigné ma belle-sœur en couches ! » Depuis, oncques ne l'ai plus revu, mais je n'en suis pas moins de l'avis de mon correspondant ; il faut garder son indépendance et sauvegarder sa dignité.

***

Si mon confrère est si sévère pour les bulletins de santé, qui en somme, bien que rédigés trop favorablement, ne font de mal à personne, que dira-t-il de la conduite d'un candidat à la députation qui se donne un titre important auquel il n'a aucun droit ? Celui-là trompe sciemment, et dans un but intéressé, les électeurs, qui croient avoir affaire, à tort, à une personnalité éminente.

Je lis en effet dans une lettre rectificative, envoyée par M. Bourneville au *Soleil* du 21 janvier 1883, jour de l'élection du Ve arrondissement :

« J'ai répondu que j'avais été nommé *externe* des hôpitaux, au concours de 1861 ; — *interne*, au concours de 1867 ; — *médecin des hôpitaux*, au concours de juin 1879. »

Médecin des hôpitaux ! La prétention m'a paru singulière, et j'ai cru devoir rechercher, pour m'éclairer à ce sujet, l'histoire de ce concours dans le *Progrès médical*, le journal de M. Bourneville.

continue l'injection; 50 gr. de la solution injectés de cette façon, ne produisent qu'un engourdissement passager, mais 100 gr. engourdissent assez fortement l'animal, qui meurt la nuit suivante. A l'autopsie, les centres nerveux sont fortement congestionnés.

La picoline n'est pas sialagogue; la salivation qu'elle produit est due à une action sur le système nerveux central et non à une action spéciale sur la glande; c'est ce que des expériences directes ont montré. En résumé, la picoline jouit de propriétés toxiques énergiques.

Nous avons expérimenté, sur la grenouille seulement, les lutidines dérivées de la cinchonine et de la brucine.

La lutidine de a cinchonine agit rapidement sur le système nerveux central en supprimant son pouvoir excito-moteur, et sur le système nerveux périphérique en diminuant d'abord et en abolissant plus tard l'excito-motricité des nerfs. Au bout d'un temps assez court, le mouvement respiratoire devient inappréciable; le cœur bat 8 fois au quart.

La lutidine de la brucine, employée aux mêmes doses, détermine les mêmes phénomènes, *mais agit plus rapidement*. En outre, elle diminue la contractilité musculaire. Après vingt-quatre heures, les grenouilles meurent.

Le chlorydrate de lutidine, en raison de sa grande solubilité dans l'eau, produit des effets beaucoup plus rapides que la base; ces effets sont d'ailleurs identiques avec ceux qui viennent d'être décrits.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1883. — Présidence de M. HARDY.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. G. SÉE à la parole pour la continuation de son discours sur le traitement de la fièvre typhoïde. L'orateur aborde la question des bains froids. Il se propose de montrer les inconvénients extrêmement graves de cette médication très mal conçue, d'après lui, au point de vue physiologique et clinique, et dont les résultats ne sont nullement en rapport avec les prévisions de la théorie.

Examinant les statistiques allemandes, l'orateur montre qu'il n'y a pas du tout unanimité d'opinion entre les auteurs de ce pays qui ont le plus employé la médication par les bains froids dans la fièvre typhoïde.

Depuis Brand, le père de la méthode, et dont les recherches datent déjà de dix-huit à vingt ans, jusqu'à l'époque actuelle, la plupart des médecins allemands sont en désaccord non seulement sur les résultats du traitement, mais encore sur le mode d'emploi du bain froid.

Brand plonge tous les fiévreux, quels qu'ils soient, dans le bain froid, et cela dès les deux ou trois premiers jours de la maladie, attribuant la principale cause de ses succès à la promp-

---

A la page 233, se trouve l'arrêté préfectoral rétablissant le concours pour les places de médecins des services d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. L'art. 1er dit que le concours sera ouvert *dans les formes* des concours du Bureau central des hôpitaux et hospices, et l'art. 6, que les médecins aliénistes, nommés à la suite des concours établis d'après le mode ci-dessus spécifié, seront *assimilés*, quant au grade et aux prérogatives, aux médecins des hôpitaux et hospices nommés à la suite des concours du Bureau central, mais sous la réserve qu'ils ne pourront siéger dans les concours ordinaires des hôpitaux.

A la page 282, il est encore question du concours pour deux places de médecin du service des aliénés de Bicêtre.

A la page 755, MM. Bourneville et Voisin sont nommés médecins du service des quartiers d'aliénés à l'hospice de Bicêtre.

Dans tout ceci, il n'est question que du *service des quartiers d'aliénés des hospices*, et M. Bourneville est *médecin des services d'aliénés*. Son titre est donc médecin des hospices d'aliénés, mais non médecin des hôpitaux. Il faut maintenant prouver qu'il n'y a nullement identité entre les deux titres.

Le concours, ouvert *suivant les formes* des concours du Bureau central, n'exigeait évidemment pas la même somme de connaissances que le concours pour le Bureau central, puisque de 1872 à 1879, période pendant laquelle M. Bourneville aurait pu se présenter à ce dernier, il s'est abstenu. Je dirai plus, c'est qu'un seul de ses concurrents, M. Georges Bergeron, s'était soumis à ce concours, sans succès d'ailleurs. M. Bourneville ne peut même pas dire qu'il l'ait emporté sur M. Bergeron, puisque celui-ci s'est retiré avant la fin. Quant à la forme, voyons comment elle a été respectée.

Le jury du concours de Bicêtre était composé de 7 membres, dont 4 médecins aliénistes,

titude avec laquelle il emploie la médication. On a, dit-il, d'autant plus de chances de succès que l'on soumet les fiévreux à la méthode dès les trois premiers jours de la maladie.

Il n'échappera à personne que le diagnostic de la fièvre typhoïde étant très difficile à déterminer dans les trois et même dans les cinq ou six premiers jours de la maladie, Brand s'expose ainsi à appliquer sa méthode à des maladies tout autres que la fièvre typhoïde : fièvres catarrhales, embarras gastriques fébriles, fièvres muqueuses, etc.

Voici, d'autre part, un autre médecin très considérable, allemand si l'on veut, bien qu'il soit Suisse et qu'il ait exercé à Bâle, le seul qui, aux yeux de M. Germain Sée, ait étudié et appliqué la méthode des bains froids d'une manière sérieuse et consciencieuse, Liebermeister; dans la statistique donnée par cet auteur et qui comprend trois mille cas de fièvre typhoïde traités à Bâle, nous trouvons les résultats suivants : Pendant une première période de vingt ans, 1844-1864, c'est-à-dire avant l'introduction de la médication par les bains froids, la mortalité de la fièvre typhoïde était de 27 p. 100; depuis 1865, époque de l'application de la méthode, cette mortalité est descendue à 9 1/2 p. 100.

Voilà, certes, de beaux résultats, et qui préviennent de prime abord en faveur des bains; mais, si l'on y regarde de près, on s'aperçoit qu'ils ont été obtenus par une médication complexe dans laquelle figurent, à côté des bains froids, le sulfate de quinine et l'acide salicylique! Résultats complexes dans lesquels il est difficile de faire la part des bains froids, du sulfate de quinine et de la médication salicylée.

M. Ziemsenn (de Munich), au lieu de plonger ses malades dans un bain à 20° C., les met dans un bain dont la température, portée d'abord à 32°, est refroidie graduellement jusqu'à la température finale de 22 et 20°. Or, en agissant ainsi, contrairement à la méthode de Liebermeister et de Brand, il obtient cependant les mêmes succès que ses collègues.

M. Ries qui, a été un des plus grands enthousiastes de la médication par les bains froids à laquelle il a dû, a-t-il dit, de nombreux et éclatants succès dans le traitement de la fièvre typhoïde, M. Ries a ensuite abandonné les bains froids pour l'acide salicylique dont il a été le prôneur non moins ardent, puis il a laissé l'acide salicylique et aujourd'hui il plonge ses fiévreux dans des bains aussi chauds que possible et les y maintient pendant des journées entières; il déclare que cette médication par les bains chauds lui donne des résultats merveilleux; il en disait autant des bains froids et de l'acide salicylique.

Un quatrième médecin allemand donne une statistique non moins favorable aux bains froids; mais cette statistique est entachée d'une cause d'erreur. Ce médecin, trop naïf et trop confiant, a tort de ne pas veiller à ce que ces prescriptions soient ponctuellement exécutées; un de ses malades, *privat docent*, dépourvu de tout enthousiasme pour le bain froid, se fait apporter, à la place, de l'acide salicylique qu'il prend à l'insu du chef de service, et celui-ci, émerveillé des abaissements de température qu'il constate à ses visites, ne manque pas de compter à l'actif du bain froid, les heureux effets de la médication salicylique. Les statistiques allemandes sont donc absolument défectueuses et il est impossible d'en tirer, relativement à

---

tous nommés sans concours, et 3 médecins des hôpitaux. Mais, par un singulier hasard, les 3 médecins des hôpitaux et 2 des médecins aliénistes étaient déjà passés à l'honorariat; or, on n'a jamais vu 5 membres honoraires dans un jury de concours pour le Bureau central. Tout au plus le président est-il médecin honoraire, mais les autres sont jeunes et dans des conditions d'activité qui leur permettent d'être au courant de la science et d'avoir la compétence nécessaire.

Donc, candidats inférieurs à ceux du bureau central, jury également inférieur; si la forme a été respectée, le fond, le niveau du concours, étaient singulièrement abaissé.

L'arrêté préfectoral dit ensuite que les médecins aliénistes seront assimilés, quant au grade et à certaines prérogatives, aux médecins des hôpitaux, mais il n'a pas dit que le titre serait le même. Or, *grade* et *titre* sont deux choses absolument différentes. Dans l'armée, les médecins, les pharmaciens, les intendants sont assimilés, quant au grade et à certaines prérogatives, aux officiers, mais jamais un médecin, un pharmacien ou un intendant militaires ne songerait à se faire appeler commandant, colonel ou général! Assimilation d'honneurs, de solde, suivant le grade, soit; mais de titre, de droits, jamais!

En effet, les droits et devoirs que confère le titre de médecin des hôpitaux, diffèrent entièrement de ceux du médecin aliéniste, et constituent encore un degré évident d'infériorité pour celui-ci. Le médecin des hôpitaux est juge des concours des hôpitaux, pour l'externat, l'internat, la médaille d'or, le prosectorat, le Bureau central et même pour les services d'aliénés; il peut changer d'hôpital suivant l'ordre d'avancement. Le médecin aliéniste est relégué dans les services spéciaux d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière; jamais il ne pourra être chef de service dans un service d'hôpital, et jamais il ne pourra siéger dans un concours pour les places des hôpitaux, pas même pour celle d'externe.

l'action du bain froid dans la fièvre typhoïde, des inductions sérieuses. L'orateur se demande ensuite si la médication par le bain froid est, du moins, justifiée par les lois de la physiologie.

Les partisans de cette médication supposèrent, sans doute, que le corps humain plongé dans un bain froid s'y refroidit comme un cristal. Ils oublient que le corps humain est un organisme et un organisme possédant une merveilleuse faculté de reproduire la chaleur au fur et à mesure qu'elle lui est soustraite.

Nous avons en nous un centre nerveux producteur de la chaleur, un centre calorigène, et un autre centre nerveux, qui a la propriété de répartir la chaleur dans l'ensemble de l'organisme.

Lorsque le corps est plongé dans le bain froid, l'impression est portée par les nerfs cutanés jusqu'au centre nerveux vaso-moteur qui, en vertu de son pouvoir réflexe, la réfléchit sur les vaisseaux, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, et produit la constriction des vaisseaux. Chassé de la périphérie, le sang est refoulé à l'intérieur et la chaleur, abandonnant la surface du corps, se concentre à l'intérieur avec le sang qui en est le véhicule.

Pendant que l'individu est plongé dans le bain froid, il se produit, dans l'organisme, en vertu de la faculté calorigène, une quantité considérable de chaleur en plus, si bien que l'on n'a, en somme, absolument rien obtenu au point de vue de l'abaissement de la température générale; ce n'est qu'à la longue et lorsque la durée du bain dépasse dix minutes, est portée jusqu'à quinze ou vingt minutes, que l'on constate un notable abaissement de la température du corps; mais alors, ainsi que l'empirisme l'a montré, l'individu court grand risque de ne pouvoir plus se réchauffer; la faculté de réaction s'affaiblit et finit par s'éteindre avec la durée de l'immersion.

Liebermeister a parfaitement démontré que le bain froid est un moyen difficile et dangereux de produire la réfrigération ; qu'il devient impraticable à la température de 10° et même au-dessus. Après l'immersion dans le bain, les contractions du cœur s'affaiblissent, se ralentissent; la respiration, d'abord entrecoupée et extrêmement accélérée, subit également un ralentissement extrême ; le collapsus général est imminent.

Autres inconvénients du bain froid : les combustions, les oxydations organiques sont augmentées; l'absorption de l'oxygène est plus grande, l'exhalation de l'acide carbonique est beaucoup plus considérable.

Un individu qui, avant le bain, rend 13 grammes d'acide carbonique, en exhale 15 grammes dans un bain à 32°, 22 grammes dans un bain à 25°, 29 grammes dans un bain à 18°.

L'analyse a démontré également que la quantité de l'urée est augmentée par le bain froid, dans des proportions notables.

Or, c'est à des fiévreux que l'on prétend appliquer cette médication, c'est-à-dire à des individus dont les combustions et les oxydations organiques sont déjà augmentées par la fièvre, à des malades qui sont en train de brûler leurs tissus, les graisses, les albuminates, etc. !

Le médecin des services d'aliénés est un médecin des hospices et non un médecin des hôpitaux; il est nommé par un concours spécial, par un jury spécial, parmi des candidats spéciaux, concours, jury et candidats différant de ceux des hôpitaux; ils ont un titre spécial, celui de médecin des aliénés, qui n'a rien de commun avec celui de médecin des hôpitaux.

Si les titres de M. Bourneville à la députation ne sont pas mieux fondés que celui de médecin des hôpitaux, qu'il prend à tort, ses électeurs feront bien de voter pour un autre. Pour ma part, je n'aurais guère confiance dans un candidat qui se présenterait sous de telles auspices.

SIMPLISSIME.

PROPORTION DES LETTRÉS PARMI LES ALIÉNÉS DES ASILES PUBLICS EN PRUSSE. — Sur une population mâle de 12,706 personnes, les asiles publics d'aliénés renfermaient, en 1878, 877 individus appartenant à des classes plus ou moins lettrées (227 fonctionnaires, 179 professeurs ou instituteurs, 95 architectes, autant d'ecclésiastiques, 61 pharmaciens ou chimistes, 57 médecins, 12 véterinaires, 10 acteurs ou autres artistes, etc.).

En 1879, sur un ensemble de 13,365 aliénés du sexe masculin, on comptait 806 hommes appartenait aux mêmes catégorie. (252 fonctionnaires, 161 professeurs ou instituteurs, 90 architectes, 67 ecclésiastiques, 52 pharmaciens et chimistes, 49 médecins, 5 vétérinaires et autant d'acteurs et autres artistes, etc.).

Dans la méme année, il s'y trouvait 189 étudiants et 671 aliénés de 15 à 20 ans. (*Lyon médical.*)

N'est-ce pas augmenter à plaisir la consomption thermique qui les dévore ? La médication par les bains froids est donc réprouvée par les lois de la physiologie, comme le démontrent les expériences et les analyses faites en Allemagne, analyses et expériences qui prouvent que les oxydations et la température augmentent notablement pendant toute la durée du bain froid. Mais, chose grave encore, il est démontré par l'observation clinique que les malades plongés dans les bains froids sont exposés à des congestions, à des hémorrhagies, à des inflammations des organes internes ; on a observé à Lyon, comme en Allemagne, des pneumonies survenues à la suite des bains froids ; et ce ne sont pas des pneumonies hypostatiques, si fréquentes dans la fièvre typhoïde, mais des pneumonies franches, uniquement imputables à la médication par les bains froids.

Tous les auteurs allemands avouent que les hémorrhagies intestinales ont augmenté depuis l'introduction des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde.

En France, à Paris, comme à Lyon, cette augmentation des hémorrhagies intestinales a été également signalée par suite de l'emploi des bains froids. M. Germain Sée, en particulier, a vu se produire dans son service, par une série des plus malheureuses, des hémorrhagies intestinales chez le quart ou le cinquième de ses malades soumis au bain froid.

Ainsi, l'observation clinique, comme l'expérimentation physiologique et l'analyse, montre les graves inconvénients de la médication par les bains froids appliquée à la fièvre typhoïde.

Il est vrai de dire, toutefois, que les médecins de Lyon, dans leur fameuse déclaration, prétendent que si la méthode de Brand n'a pas donné à Paris les bons résultats obtenus en Allemagne et à Lyon, c'est qu'elle y a été appliquée d'une manière défectueuse.

Une première condition, suivant eux la plus importante, c'est que les malades soient alimentés du premier au dernier jour de la maladie, sans doute pour réparer les pertes dues à l'action des bains froids et les déchets organiques produits par la consomption thermique que le bain froid exagère encore.

Mais c'est là qu'est le danger, suivant M. Germain Sée ; la réalisation de l'hérésie médicale contenue dans cette déclaration, exigerait des doses fantastiques de beef-steak, pour suffire à la réparation de pareilles brèches. M. Sée a calculé qu'il ne faudrait pas moins de trois kilos de viande par jour et par malade. Le lait, le bouillon, la gélatine que l'on a proposé de donner aux malades sont absolument insuffisants. Le lait ne se digère pas par suite du défaut de suc gastrique dans l'estomac des fiévreux, et on sait ce que contiennent d'éléments nutritifs le bouillon et surtout la gélatine !

Les partisans de la méthode de Brand prétendent que le bain froid a pour effet de relever les forces, condition précieuse dans une maladie caractérisée surtout par l'état adynamique. Mais ici encore il existe de sérieux dissentiments entre les auteurs. Le plus distingué, Liebermeister, conseille de ne pas donner le bain froid aux malades trop affaiblis ; il craint de déterminer une réfrigération trop considérable et non suivie de réaction ; il craint d'affaiblir encore les contractions du cœur, de provoquer un ralentissement trop considérable des mouvements respiratoires et, par suite, un collapsus mortel. Il a vu, à la suite du bain froid, une réfrigération formidable, la cyanose des extrémités, le collapsus.

Ainsi les partisans les plus déterminés de la méthode de Brand lui reconnaissent eux-mêmes des contre-indications et des dangers ; cette méthode n'est pas justifiée par les lois de la physiologie ; l'observation clinique démontre qu'elle peut entraîner à sa suite les inconvénients les plus graves, que d'ailleurs elle n'exerce aucune influence sur la marche de la maladie dont elle n'abrège pas la durée d'un seul jour. Ses adeptes les plus enthousiastes sont divisés entre eux sur le mode d'application qui varie à l'infini au gré des idées de chacun ; enfin les statistiques produites en faveur de la méthode sont absolument défectueuses et incapables d'entraîner la conviction des esprits réfléchis.

Pour toutes ces considérations, M. Germain Sée pense qu'il y a lieu de se tenir sur la réserve à l'égard de cette méthode, au moins jusqu'à meilleur informé.

L'orateur, à cause de l'heure avancée, demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance ; il terminera son discours par quelques considérations sur le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine et l'alcool combinés, traitement auquel il croit pouvoir attribuer une véritable efficacité.

JOURNAL DES JOURNAUX

Analyse des travaux parus dans la *Revue de médecine* du 10 octobre 1882.

Sur un phénomène pupillaire observé dans quelques états pathologiques de la première enfance, par J. Parrot. — Dans certaines affections de la première enfance, avec ou sans convulsion, avec ou sans lésions appréciables de l'encéphale, durant la période de coma qui

est constante, si l'on vient à pincer la peau du creux épigastrique ou de toute autre région, on détermine un élargissement momentané de la pupille, dont le diamètre peut être doublé et même triplé.

Parmi ces affections, celles qui s'accusent par une lésion manifeste des centres nerveux sont : la méningite tuberculeuse, l'hémorrhagie pie-mérienne, quelques cas d'hydrocéphalie chronique, enfin certains états mal déterminés, dans lesquels le volume de l'encéphale l'emporte sur la capacité crânienne.

Par contre, dans d'autres faits morbides, le plus souvent sans convulsions, mais avec coma, la pupille, très contractée, ne subit aucun changement, même lorsqu'on pince la peau d'une manière assez énergique pour provoquer quelques mouvements du côté de la face et des membres.

Chez ces malades, tantôt il n'existe aucune altération appréciable des centres nerveux; d'autres fois, on constate de l'œdème de la pie-mère ou un état congestif très prononcé; mais, dans l'un et l'autre cas, il n'y a pas de compression cérébrale; ce qui le prouve pour l'athrepsie, c'est la dépression de la fontanelle, et lorsqu'il existe de l'œdème, le relief des circonvolutions.

Jusqu'ici la seule application pratique qu'on puisse faire de l'ensemble de ces faits est la suivante :

Un enfant atteint ou non de convulsions, qui est dans le coma et dont les pupilles ne se dilatent pas sous l'influence du pincement de la peau, n'est atteint ni de méningite ni d'hémorrhagie pie-mérienne; il est sous le coup d'une asphyxie avancée, et sa mort est imminente.

De l'origine intestinale de certains alcaloïdes normaux ou pathologiques, par Ch. BOUCHARD. — L'auteur se représente, en résumé, de la façon suivante l'économie des alcaloïdes dans les organismes vivants :

Il existe des alcaloïdes, à l'état normal, dans le corps des individus vivants.

Ces alcaloïdes sont fabriqués dans le tube digestif et sont vraisemblablement élaborés par les organismes végétaux, agents des putréfactions intestinales.

Les alcaloïdes des urines normales représentent une partie des alcaloïdes de l'intestin, absorbés par la muqueuse digestive et éliminés par les reins.

Les maladies qui exagèrent les putréfactions intestinales augmentent, par ce procédé, la quantité des alcaloïdes urinaires.

Tout en considérant comme probable que des alcaloïdes peuvent, dans certaines maladies infectieuses, avoir pour origine les microbes répandus dans les tissus ou dans les humeurs, il paraît certain que, dans la fièvre typhoïde, une partie au moins des alcaloïdes urinaires est de provenance intestinale.

Du sarcome primitif des ganglions lymphatiques, par VAILLARD. — Dans l'observation très complète qui fait l'objet de ce travail, la localisation primitive doit être placée dans les ganglions mésentériques, en raison de la marche clinique, du début des symptômes par l'abdomen, et du volume considérable de la tumeur formée en ce point. Les autres ganglions se sont développés ultérieurement pendant le séjour du malade à l'hôpital.

Au point de vue histologique. le diagnostic des tumeurs ganglionnaires découle naturellement des détails de l'observation, et l'absence de tout réticulum permet de le formuler : *sarcome pur fuso-cellulaire*. La nature des tumeurs secondaires, notamment dans le foie et dans la rate, vient confirmer cette détermination.

Il ne faut pas prendre ces tumeurs pour des lymphosarcomes. Mal défini dans la plupart des auteurs, le *lymphosarcome* appartient à la classe des *lymphadénomes*, dont les variétés ont été établies par Ranvier et Malassez : lymphadénomes à type pur, à gros réticulum, à grosses cellules. Le lymphosarcome des auteurs répond aux deux dernières variétés; il est caractérisé par la présence d'un réticulum et essentiellement constitué par le tissu adénoïde de His, englobant dans ses mailles des éléments cellulaires de formes variables.

On voit que ce terme devrait être supprimé, car il tend à établir une confusion entre les tumeurs formées par le tissu lymphatique et les sarcomes vrais, qui s'en séparent absolument. Ces derniers sont constitués par du tissu conjonctif embryonnaire, à éléments ronds ou fusiformes, se touchant entre eux ou simplement séparés par une matière amorphe. Il n'y a donc nul rapport de structure entre les lymphosarcomes et les sarcomes primitifs des ganglions.

Partant de là, M. Vaillard reproche à Humbert d'avoir dit, dans sa thèse d'agrégation (*Des néoplasmes des ganglions lymphatiques*, Paris 1878) que ces deux termes sont synonymes. Humbert s'appuyait sur ce que les auteurs considèrent le sarcome primitif comme très rare, et semblent même douter de son existence; aussi pensait-il qu'on avait ainsi désigné des lymphosarcomes. En réalité, il y a une observation authentique de sarcome ganglionnaire pri-

mitif, celle de Ladmiral (Soc. anat., 1874, p. 638). Celle de M. Vaillard en est un nouvel exemple, non moins certain.

Du trismus d'origine cérébrale, contribution à l'étude des localisations corticales, par R. Lépine. — Bien que l'excitation expérimentale d'une région limitée du cerveau provoque assez facilement des mouvements de la mâchoire inférieure, on ne trouve notées que fort exceptionnellement, dans les observations de lésions des hémisphères recueillies chez l'homme, des convulsions des muscles masticateurs. C'est pourquoi l'auteur publie une observation qui a pour titre : *apoplexie; hémiplégie gauche; trismus; hémorrhagie de l'avant-mur*, et qui se résume ainsi :

1° Au point de vue symptomatique, existence d'un trismus permanent, sans mouvements cloniques, qui a conservé la même intensité depuis les instants qui ont suivi l'attaque jusqu'à celui où l'agonie a commencé. Cette contraction tonique a été la seule manifestation convulsive;

2° Au point de vue de la localisation de la lésion, foyer hémorrhagique du volume d'un petit œuf de pigeon sous-jacent à la substance grise de l'insula et du pied de la circonvolution frontale ascendante. Comme c'est précisément dans ce pied et un peu en arrière que se trouve le point dont l'excitation chez le singe détermine la constriction des mâchoires, il est très naturel d'admettre que le trismus chez la malade de M. Lépine dépend de l'excitation de cette portion de la circonvolution sus-indiquée, ou des fibres blanches qui en partent, excitation produite par la portion antéro-supérieure du foyer hémorrhagique.

Après avoir analysé quelques observations qui peuvent être rapprochées de la sienne, l'auteur se demande à quoi tient l'extrême rareté du trismus cérébral, et s'il peut servir au diagnostic de la localisation? Oui, si d'autre part il y a un signe de lésion corticale. Associé à une hémiplégie vulgaire, le trismus peut donner à penser, mais il ne permet pas d'affirmer; il prend au contraire une valeur séméiologique très grande, s'il existe conjointement de l'aphasie ou une monoplégie.

Recueil de faits. — Nous nous bornons à signaler une observation de *Paralysie pseudo-bulbaire par lésion cérébrale bilatérale*, de Ch. Féré; deux observations de *Raie méningitique s'accompagnant d'œdème neuro-paralytique, 1° dans un cas de compression du grand sympatiique et de la moelle; 2° dans un cas de maladie de Werholf*, par E. Clément.

Revues générales. — Les leçons magistrales de M. Lancereaux sur les *Cirrhoses du foie ou hépatites prolifératives*, résumées par O. Guelliot, et que nous avons déjà signalées, sont terminées dans le présent numéro, qui contient en outre une revue non signée *Sur l'élongation des nerfs dans les maladies de la moelle et en particulier dans le tabes dorsalis.*

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 29 janvier au 3 février 1883.

Lundi 27, pas de thèses.

Mardi 30. — M. Miquel : Des organismes vivants de l'atmosphère. (Président, M. Brouardel.)

M. Papadakis : Contribution à l'étude de l'intoxication arsénicale aiguë. (Président, M. Brouardel.)

Mercredi 31, pas de thèses.

Jeudi 1er février. — M. Bucquet : Du traitement de la variole par la médication éthérée opiacée. (Président, M. Laboulbène.)

M. d'Albuquerque : De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Peter.)

Vendredi 2 et samedi 3 février, pas de thèses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

SUR LE

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ),

Par le docteur G. RICHELOT père,

Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Doré.

Le présent mémoire a pour objet de recommander les cautérisations avec le caustique Filhos (*caustique de Vienne solidifié*) dans le traitement de l'engorgement du col utérin. Ces cautérisations, méthodiquement et prudemment dirigées, secondées par une médication appropriée qui s'adresse à la constitution, me paraissent être le moyen le plus sûr, le plus prompt et le plus radical, pour amener la résolution de l'engorgement et rétablir la santé générale.

Je n'ai pas besoin de définir ici l'engorgement du col utérin. Tous les médecins savent parfaitement ce qu'on peut entendre par ces mots. Les publications ont été nombreuses sur ce sujet ; et, au besoin, on consulterait avec profit la discussion très intéressante qui a eu lieu à l'Académie de médecine de France en 1849. De plus, je ne crois pas qu'on puisse avoir la moindre hésitation en parcourant les observations qui vont suivre.

Il est vrai que l'engorgement du col utérin n'est pas toujours identique avec lui-même. Le tissu de l'organe engorgé peut offrir une induration considérable, une véritable dureté, ou une grande mollesse, plus souvent une induration moyenne. L'engorgement peut être évidemment passif, chronique, ou bien sous l'influence d'une action inflammatoire. Mais ces différences, qui pourraient être l'occasion d'une intéressante discussion étiologique et pathologique, étrangère à mon sujet limité, n'ont pas d'importance au point de vue où je me suis placé. Dans ces diverses conditions histologiques, les cautérisations avec le caustique Filhos sont également indiquées, ainsi qu'on pourra en juger par les faits qui forment la base de mon mémoire.

On a proposé un grand nombre de médications constitutionnelles et locales pour combattre l'engorgement utérin. Mais les praticiens sont-ils d'accord, au moins d'une manière générale, sur le mode de traitement qui convient le mieux contre cette maladie si commune ? Il s'en faut de beaucoup si l'on en juge par la pratique contemporaine et par les faits que j'ai recueillis.

Il n'est donc pas hors de propos d'attirer l'attention médicale sur un traitement topique qui, presque oublié aujourd'hui, avait pourtant réalisé des succès incontestables entre les mains d'Amussat pendant un grand nombre d'années, et au profit de laquelle je puis réunir les documents les plus favorables et signaler les résultats es plus heureux.

Je ne me dissimule pas qu'en faisant l'éloge du caustique Filhos je vais étonner beaucoup de praticiens qui en ignorent l'usage, et des écrivains très autorisés qui dans leurs livres en parlent en termes sommaires et l'accusent d'offrir des dangers sérieux. On verra, quand je traiterai en quelques mots l'historique de la question,

que ce caustique trop méconnu a des antécédents qui le recommandent d'une façon positive, et qu'il est à la fois d'un usage très commode et parfaitement inoffensif. Quoi qu'il en soit, voici les faits. J'aurais pu en présenter davantage; mais je crois que ceux qu'on va lire seront en nombre suffisant pour faire naître la conviction.

OBSERVATION I. — Accouchement naturel chez une primipare de 21 ans. A la suite de cet accouchement, symptômes utérins sérieux, qui n'ont été combattus par aucun traitement. Consécutivement, trois fausses couches dans une période de quatre ans environ. Engorgement considérable du col utérin. Antéversion très prononcée du corps de la matrice augmenté de volume. Cautérisations du col avec la pierre infernale et avec la solution saturée de nitrate acide de mercure très douloureuses et sans résultats avantageux. Cautérisations avec le caustique Filhos très peu ou même pas douloureuses. Guérison en deux mois et demi environ, avec cinq cautérisations.

Mademoiselle A..., âgée de 25 ans, actrice de talent et possédant une très belle voix de contralto, m'a consulté en octobre 1850 pour des souffrances qui offraient les signes rationnels d'une maladie de matrice. C'était une femme de haute taille, née dans le midi de la France, brune, de nature passionnée, à physionomie fière et résolue. Toutefois, malgré cette apparence de vigueur, elle était de tempérament éminemment lymphatique. Elle avait été réglée seulement vers l'âge de 13 ou 14 ans, mais sans phénomènes anormaux; et, d'ailleurs, il n'y avait rien eu d'important à noter ensuite dans sa santé jusqu'à sa première grossesse, qui avait eu lieu quatre ans avant l'époque où elle s'est confiée à mes soins. Cette première grossesse avait été normale, s'était terminée par un accouchement naturel, et les suites de couche, affirmait la malade, n'avaient rien présenté de fâcheux. Cependant, à partir de cet accouchement, elle avait toujours été souffrante, éprouvant du malaise dans le bas ventre, et avait été atteinte fréquemment de leucorrhée. De temps en temps, l'écoulement leucorrhéique devenait plus abondant, et elle en éprouvait du soulagement. Les règles étaient restées à peu près régulières pour la date, mais elles avaient toujours été douloureuses et trop abondantes. A sa première grossesse avaient succédé trois fausses couches.

Lorsqu'elle est venue me consulter, elle avait des maux de reins depuis cinq ou six mois; elle ressentait de la douleur dans les deux aines, des tiraillements à la partie externe des cuisses; toutes les fois qu'elle s'asseyait elle éprouvait une souffrance vers la partie inférieure du sacrum, et, chose à noter, les grands efforts de chant avaient un retentissement douloureux sur l'anus. Elle avait perdu ses forces depuis quelque temps; elle était toujours fatiguée, marchait difficilement. Cependant, elle mangeait encore assez bien, et n'avait pas notablement maigri.

Le toucher et le spéculum donnèrent les renseignements suivants : antéversion très prononcée du corps de la matrice augmenté de volume; col porté fortement en arrière, appuyant sur le rectum; le contact du doigt sur le museau de tanche est douloureux; la portion vaginale du col est épaissie et indurée; les deux lèvres sont engorgées et se renversent, l'une en haut, l'autre en bas; cette disposition est notablement plus prononcée à la lèvre antérieure, qui est plus indurée que la postérieure; la surface des deux lèvres est d'un rouge vif et granuleuse; la rougeur vive se continue dans la cavité du col; le tampon de coton qui essuie cette surface revient légèrement taché de sang; la surface rouge et excoriée s'étend elliptiquement de haut en bas autour de l'orifice: celui-ci est très allongé transversalement, et son pourtour présente plusieurs plis dépendant du boursoufflement du tissu des deux lèvres; le doigt n'y pénètre pas facilement à cause de l'induration du tissu. Le museau de tanche est recouvert d'une couche peu abondante de mucosités glaireuses.

Le 16 octobre 1850. Première cautérisation, avec le crayon de nitrate d'argent, qui a été introduit à un centimètre au moins dans la cavité du col. Cette cautérisation a été immédiatement très douloureuse, et la douleur a persisté pendant plus de 24 heures; elle a été suivie d'un écoulement plus abondant, épais, légèrement strié de sang.

Le 23 octobre. Après la cessation de la douleur causée par la première cautérisation, la malade a éprouvé du mieux; mais depuis deux jours, toutes les souffrances sont revenues. En conséquence, la seconde cautérisation a été faite avec un autre caustique, la solution saturée de nitrate acide de mercure. Cette cautérisation a été beaucoup moins douloureuse immédiatement que la cautérisation avec la pierre infernale; mais peu de temps après, la malade a éprouvé des douleurs très vives dans les reins, dans les aines, principalement dans l'aine gauche, et des élancements dans le ventre. Ces souffrances ont diminué graduellement; et vers le sixième ou septième jour, elles avaient cessé. La cautérisation a été suivie d'un écoulement aqueux très abondant.

Le 30 octobre. L'aspect de la maladie est le même. La dernière cautérisation n'a produit aucune amélioration locale : même étendue de la rougeur, mêmes granulations rouge vif,

même disposition des chairs à saigner. Je me décide alors à employer le caustique Filhos (caustique de Vienne solidifié), comptant davantage sur lui pour modifier les tissus engorgés. L'extrémité du bâton de caustique a été appuyée en plein sur l'orifice cervico-utérin et sur la lèvre antérieure du museau de tanche, et maintenue en contact pendant au moins une ou deux minutes, afin de produire une eschare suffisante. Cette application a fait sourdre immédiatement une certaine quantité de sang de la surface cautérisée; mais elle a été peu douloureuse. Dès le lendemain de cette cautérisation, qui a désorganisé une certaine couche des tissus altérés, la malade a éprouvé une sensation de bien-être inconnue depuis longtemps. Ses douleurs de reins ont disparu rapidement.

Le 6 novembre. Amélioraton notable dans l'aspect du col, qui est sensiblement moins porté en arrière. Par prudence, pour ne pas aller trop vite, la cautérisation est faite avec le nitrate d'argent. (A cette époque, j'avais encore peu employé le caustique Filhos dans le traitement local de l'engorgement utérin; j'en étudiais les effets.) L'éruption menstruelle qui a suivi cette cautérisation a été régulière pour la date, mais douloureuse et trop abondante comme toutes les précédentes.

Le 18 novembre. Les règles étaient finies depuis cinq ou six jours; et depuis deux ou trois jours, il n'y avait aucun écoulement. A cela près d'une diminution de l'appétit, la santé générale était assez bonne. Maux de reins nuls. Douleur sourde peu intense correspondant au niveau de la pointe du sacrum.

Le col utérin est très élevé, mais moins porté en arrière qu'avant le traitement. Le doigt y pénètre facilement, ce qui semble dénoter une diminution de l'induration des tissus. En promenant le doigt sur son pourtour, on sent de petites inégalités, et l'on produit un peu de douleur. Engorgement des deux lèvres encore considérable; celles-ci offrent toujours quelques plis et une surface luisante, comme œdémateuse. A l'entrée de l'orifice, rougeur vive, qui vient mourir sur les deux lèvres, s'étendant plus haut sur la lèvre antérieure, qui est plus indurée que la lèvre postérieure. De cet orifice, sortent des glaires abondantes, semblables à du blanc d'œuf. En pénétrant dans le vagin, le doigt avait produit une sensation douloureuse correspondant à la cloison recto-vaginale. — Cautérisation avec le caustique Filhos sur l'orifice et sur la lèvre antérieure. Injections vaginales de guimauve et de pavot. Repos. Bains entiers.

Le 25 novembre. La dernière cautérisation n'a été douloureuse ni au moment de l'application du caustique, ni consécutivement; mais elle a été suivie, pendant quatre ou cinq jours, d'un écoulement de sang abondant, mais non d'une véritable perte, et d'eau rousse. Du reste, santé générale bonne, appétit normal, digestions régulières. La douleur lombaire ne se fait plus sentir. Mais quand la malade s'assied, elle éprouve momentanément un élancement douloureux en un point qui répond à l'extrémité inférieure du sacrum. Le doigt porté dans le vagin provoque cette douleur en appuyant sur la paroi postérieure du vagin à environ cinq centimètres de profondeur. — Col très tuméfié par suite de la cautérisation. La lèvre antérieure est beaucoup plus engorgée que la lèvre postérieure. Celle-ci est comme ondulée, présentant des saillies séparées par des creux, et n'est presque plus rouge. Sur la lèvre antérieure, on observe une plaque rouge, de l'étendue d'une pièce de deux francs, sans granulations, à la surface de laquelle le sang suinte par gouttelettes. La rougeur se prolonge dans l'intérieur du canal. Il y avait d'ailleurs dans le fond du vagin une grande quantité de matière blanche, puriforme. La surface dénudée de son épithélium est simplement touchée avec le crayon de nitrate d'argent, qui est introduit dans le canal. Cette cautérisation est beaucoup moins douloureuse que les premières cautérisations avec le même caustique. — Même traitement.

Le 2 décembre. La santé générale est bonne. Toutes les douleurs ont à peu près disparu. La malade réclame l'application du caustique Filhos, après laquelle elle se trouve beaucoup mieux qu'après celle du nitrate d'argent. — Le col est moins gros. La plaque rouge a diminué d'étendue et n'est plus saignante. Les deux lèvres du museau de tanche, la postérieure surtout, présentent un bord arrondi et onduleux. — Cautérisation avec le caustique Filhos, principalement sur la lèvre antérieure.

Le 16 décembre. Ne trouvant plus de rougeur que dans le canal, je me borne à en cautériser l'intérieur avec un crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation n'est pas très douloureuse; mais elle est suivie, le jour même, de souffrances dans les reins et dans le bas-ventre, avec écoulement roussâtre, pendant quinze jours.

Le 30 décembre. La malade est souffrante et sollicite la cautérisation avec le caustique Filhos. Immédiatement après cette cautérisation, elle se sent soulagée.

Le 10 janvier 1851. Etat général de la malade de plus en plus satisfaisant. Ses règles sont venues à l'époque normale, et, pour la première fois de sa vie, sans douleur. Sa figure est plus pleine, plus fraîche. Il est visible qu'il s'opère dans l'ensemble de sa santé un change-

ment favorable. Les efforts de chant n'ont plus aucun retentissement sur l'anus. — Le museau de tanche étant un peu boursoufflé et légèrement rouge, le canal étant encore très rouge et béant, le caustique Filhos est appliqué en plein sur le col, et la cautérisation, comme à l'ordinaire, est suivie d'un sentiment de bien-être.

J'ai revu cette intéressante malade en avril 1851. Le museau de tanche avait recouvré un volume et un aspect à peu près naturels; l'orifice cervico-utérin était revenu à la dimension qu'il a ordinairement chez les femmes qui n'ont point eu d'enfants. Les règles avaient pris un cours normal pour la quantité. La santé ne laissait rien à désirer.

REMARQUES. — L'observation qui précède se prête à plusieurs considérations dignes d'intérêt.

La jeune malade qui en est le sujet était manifestement de tempérament lymphatique. On retrouvera cette disposition constitutionnelle dans presque toutes les observations qui vont suivre. Elle était de plus très impressionnable et douée d'une excitabilité nerveuse dont il faut tenir compte.

Bien qu'elle ait affirmé qu'après une grossesse et un accouchement naturels, les suites de sa couche n'avaient rien présenté d'anormal, il n'est pas douteux que, par une cause ou par une autre, l'involution utérine naturelle a été entravée et ne s'est faite que très incomplètement. De sorte que si, à l'époque où elle a commencé à souffrir du bas-ventre, on avait exploré les organes génitaux, on aurait certainement constaté une augmentation de volume de la matrice. L'antéversion qui a été observée plus tard, et qui a diminué à mesure que la guérison faisait des progrès, a eu probablement pour cause l'excès de volume et de poids de cet organe. Or, il n'est pas difficile de trouver, dans les conditions d'existence de la jeune malade, des causes morbides efficaces : l'impossibilité d'un repos suffisamment prolongé après l'accouchement, la nécessité de reprendre trop tôt ses études et ses efforts de chant, les angoisses d'une situation irrégulière, etc., etc.

L'état pathologique de l'utérus explique les fausses couches qui se sont succédé après ce premier accouchemeut. Dans les cas d'engorgement utérin par suite d'involution incomplète, il est bien rare que la grossesse, si elle peut avoir lieu, suive son cours normal. D'un autre côté, ces fausses couches successives, qui sont une preuve incontestable de l'altération grave de l'organe gestateur, ont été nécessairement des causes d'aggravation de la maladie.

Mais je n'ai point à m'arrêter ici sur les questions d'étiologie et de pathologie. Je veux seulement établir d'une manière claire les faits qui servent de base à mon travail entièrement consacré à la thérapeutique, et qui a pour but spécial de faire ressortir les avantages très remarquables et trop peu appréciés de l'emploi du caustique Filhos (caustique de Vienne solidifié) dans le traitement local de l'engorgement de la matrice.

Trois substances caustiques différentes ont été employées ici, et il est intéressant d'en comparer les effets.

La solution saturée de nitrate acide de mercure, préconisée par Cruveilhier, et très employée à cette époque, a donné lieu, dans le cas qui nous occupe, à des douleurs sérieuses, qui n'ont pas duré moins de cinq ou six jours; et ses effets salutaires ont été nuls. Elle a dû être abandonnée chez ma malade. Toutefois, ce caustique a ses indications, qu'il serait étranger à mon sujet d'exposer en ce moment.

La cautérisation avec la pierre infernale a donné lieu à une douleur vive, qui a duré plus de 24 heures, et a excité un écoulement abondant, épais, strié de sang, qui ne pouvait être que très utile. Les effets en ont paru d'abord favorables. Mais le caustique ne modifiant pas assez profondément les tissus malades, ces bons effets n'ont pas été durables, et les symptômes pénibles n'ont pas tardé à se reproduire complètement. La pierre infernale ne s'est montrée utile que pour modifier la surface saignante d'une érosion superficielle, dont elle a favorisé la cicatrisation, et sur laquelle elle a agi comme astringent plutôt que comme caustique.

Mais les effets du caustique Filhos appellent toute l'attention.

La première application a été à peine douloureue, et les suivantes ne l'ont pas été du tout.

Ces cautérisations ont été constamment suivies d'un amendement dans les sensations pathologiques de la malade, au point que celle-ci les a réclamées à plusieurs reprises. La première a même déterminé dès le lendemain un bien-être inconnu depuis longtemps, attribuable à la destruction des tissus morbides, qui, par une action réflexe, troublaient l'organisme.

Sous leur influence, les douleurs lombaires ont disparu rapidement, la santé générale s'est améliorée progressivement, les fonctions digestives sont devenues plus régulières. Puis, le col a présenté un aspect meilleur et s'est trouvé sensiblement moins porté en arrière. En même temps, le doigt pénétrait facilement dans l'orifice cervico-utérin par suite de la diminution de l'induration. Il se faisait donc un dégorgement de la matrice, un travail de résorption qui ramenait peu à peu les tissus à leur état naturel, et permettait à l'organe de reprendre une position plus normale. Ce dégorgement, cette diminution de volume, ce redressement étaient incontestablement l'effet de l'écoulement abondant du sang et de la sanie, et aussi de la reconstitution des tissus provoquée par l'action profonde du caustique. Le col qui, par suite de l'exagération de son volume et de celui du corps utérin, appuyait douloureusement sur l'anus dans les grands efforts de chant, revenant sur lui-même ainsi que le corps, a permis le chant sans retentissement douloureux.

On suit pas à pas, dans cette observation, la marche de la guérison. Après les cautérisations avec le caustique Filhos, les règles venant à leur époque normale, la patiente pour la premiére fois de sa vie n'en éprouve aucune douleur. Enfin, trois mois après la dernière cautérisation, le col utérin offrait un aspect à peu de chose près naturel, et l'orifice cervico-utérin n'avait que la dimension qu'il présente habituellement chez les femmes qui n'ont point eu d'enfants.

MEMORANDUM OBSTÉTRICAL

DE LA GROSSESSE (1).

MODIFICATIONS GÉNÉRALES DE L'ORGANISME.

APPAREIL URINAIRE. — A. ORGANES EXCRÉTEURS. — La vessie et l'urèthre reçoivent le contre-coup des modifications de l'utérus auquel ils sont intimement liés. Il les déplace et les comprime plus ou moins à mesure que sa situation et son volume changent. De plus, l'énorme développement de l'appareil circulatoire utéro-ovarien a une influence directe, de voisinage, sur la circulation de la vessie. Il en résulte :

1° *Quelquefois la rétention d'urine* reconnaissable à la saillie que fait la vessie dans l'hypogastre. Dans les cas pathologiques (rétroversion de l'utérus) l'urine s'échappe goutte à goutte par regorgement comme la vapeur par une soupape de sûreté. Le *cathétérisme* peut être très *difficile*, l'urèthre étant tiraillé, déformé (courbure à concavité antérieure) et le méat caché plus ou moins haut dans le vagin. Employez de préférence les *sondes en caoutchouc rouge.*

2° *Souvent de fréquents besoins d'uriner* qui, lorsqu'ils se montrent à la fin de la gestation, et vont en se multipliant, sont le signe de l'engagement profond de la tête fœtale coiffée du segment inférieur de l'utérus ; mais qui, à une autre époque, en l'absence de tout phénomène de compression, sont causés par une cystite dont la durée et l'intensité varient et exigent exceptionnellement un traitement spécial (injections intra-vésicales d'eau alcoolisée, E. Monod, Terrillon).

En somme, les modifications du système excréteur peuvent être résumées en trois mots : *déplacements, compressions, congestions.*

B. ORGANES SÉCRÉTEURS. — Les reins, aussi, sont plus ou moins congestionnés ; mais, même dans les cas pathologiques, lorsqu'ils laissent échapper les phosphates (ostéomalacie) ou l'albumine (albuminurie *gravidique*), ils semblent sains. Lorsqu'ils sont altérés (albuminurie *brightique*), la lésion préexistait à la grossesse ou est le fait d'une maladie intercurrente.

(1) Suite. — Voir l'UNION MÉDICALE des 19 décembre 1882, 4 et 16 janvier 1883.

C. Urine. — Les chlorures augmentent; l'urée, les sulfates, les phosphates diminuent.

La kyestéine, pellicule cristalline irisée, qui se forme à la surface de l'urine exposée à l'air, et dont on a fait grand bruit comme signe de grossesse, existe dans l'urine de certains hommes.

La glycosurie physiologique des femmes enceintes (Blot) est, comme l'état graisseux du foie (Vulpian, Tarnier) dont nous avons parlé, un phénomène des suites de couches et non de la grossesse; elle est liée à l'allaitement (de Sinéty).

De ce que les reins paraissent sains dans le cas d'albuminurie *gravidique*, il n'en faut pas conclure que la présence de l'albumine dans les urines soit un fait physiologique. Elle nécessite un traitement immédiat (*diète* lactée; Tarnier) sous peine d'exposer la femme à l'éclampsie, complication redoutable.

APPAREIL CUTANÉ. — Des dépôts pigmentaires paraissent surtout dans la peau des femmes brunes. Les variétés individuelles à cet égard sont nombreuses. Très communément la pigmentation existe sur l'auréole du mamelon et sur l'abdomen où elle forme la ligne brune, véritable coup de pinceau (Pajot).

La distension du derme, au-delà des limites d'extensibilité, détermine des éraillures de la peau du ventre, du haut des cuisses et des mamelles, qui se produisent plus ou moins facilement, suivant la qualité des tissus, et laissent une cicatrice indélébile. On les nomme *vergetures*; elles ont une apparence différente, utile à connaître pour le médecin légiste, suivant qu'elles sont la conséquence d'une grossesse récente ou ancienne. Dans le premier cas, elles sont rosées ou bleuâtres; dans le second, blanches ou noircies de pigment.

On aurait tort de nier la dépression de la cicatrice ombilicale au début de la grossesse. Elle est évidente quelquefois, et doit être liée selon toute logique à un phénomène aussi peu constant qu'elle, l'enfoncement, dans l'excavation, de l'utérus qui tiraille l'ouraque. Nous reviendrons sur ce sujet, à propos du développement de l'utérus.

A la fin de la gestation, la cicatrice ombilicale peut être complètement effacée. Sous la pression de l'utérus, les muscles droits de l'abdomen tendent à s'écarter, et l'interstice aponévrotique qui les sépare s'élargit. Cette distension d'un tissu qui n'est point élastique est définitive et cause l'*éventration*. Elle est manifeste chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants et paraît lorsqu'elles se mettent brusquement sur leur séant, sous la forme d'une poche elliptique dans laquelle se précipite la masse intestinale entre les muscles droits contractés.

Les conséquences de l'élargissement de la ligne blanche sont graves. C'est au docteur Pinard que revient le mérite d'avoir prouvé que *les femmes qui n'ont plus de parois abdominales sont exposées aux présentations vicieuses*. La multiparité favorise donc celles-ci. L'utérus privé de soutien perd sa forme ovoïdale, qui oblige (loi d'adaptation) le fœtus à prendre la même forme et à loger sa grosse extrémité (siège complet) dans le gros bout de l'ovoïde utérin (segment supérieur) et sa petite extrémité (tête fléchie) dans le petit bout (segment inférieur).

(*A suivre.*) Dr H. Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentations. — Rapport sur un travail relatif à l'opération de la cataracte; — rapport sur une observation d'élongation du nerf dentaire inférieur; discussion.

Après la petite cérémonie traditionnelle de la transmission des pouvoirs de M. le Président sortant et de M. le Président entrant; après les allocutions très justement applaudies de M. Léon Labbé et de M. Guéniot; après les compliments de courtoisie non moins traditionnelle du bureau qui finit au bureau qui commence, et réciproquement, la Société de chirurgie a repris le cours de ses travaux habituels.

M. Verneuil présente : 1° au nom de M. le docteur Henri Bergeron, un exemplaire de la traduction de l'ouvrage du docteur Curling sur les *Maladies du rectum*; — 2° au nom de M. le docteur Henrot (de Reims), une observation de *myxœdème.*

— M. Terrier lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Chavernac (d'Aix-en-Provence), ayant pour titre : *Extraction de la cataracte; retour à la méthode de Daviel.*

Dans le nombre considérable de 416 cataractes qu'il a opérées, l'auteur du mémoire affirme que c'est le procédé à grand lambeau, le procédé dit de Daviel qui lui a donné les meilleurs

résultats; il y ajoute toutefois une modification : l'*iridotomie incomplète*, pour remédier à l'un des principaux inconvénients de la méthode, la contusion de l'iris par la sortie du cristallin, et afin de mieux voir, et, par conséquent, de mieux nettoyer le champ pupillaire.

Il est assez curieux, dit M. le rapporteur, de voir un chirurgien retourner au procédé à grand lambeau, en préconisant la section de l'iris, alors que tous les ophthalmologistes qui ont abandonné l'incision linéaire, pour faire un petit lambeau, se gardent bien de toucher à l'iris et considèrent cette abstention comme un progrès.

Voici le procédé opératoire proposé par M. Chavernac. Le chirurgien doit opérer l'œil gauche avec la main gauche et l'œil droit avec la main droite, condition qui, suivant M. Terrier, constitue une cause d'infériorité absolue pour la méthode.

L'œil est fixé soit avec la pique de Pamard, soit avec une pince à griffes. L'auteur fait la kératotomie inférieure soit avec le couteau de Beer, soit avec celui de Graëfe, selon que la fente palpébrale est large ou étroite. Mais il s'en faut que l'on se serve des deux couteaux de la même façon, puisque l'un a pour but de conserver l'humeur aqueuse, tandis que l'autre la laisse écouler, que l'on scie ou non en coupant.

Le lambeau est demi-circulaire, la ponction et la contre-ponction se font à un millimètre environ au-dessous du diamètre horizontal de la cornée, à un demi millimètre du bord scléro-tical. La section demi-circulaire est faite dans la cornée; l'auteur rejette la section dans la sclérotique, c'est-à-dire probablement dans le limbe scléro-cornéen.

Quand le malade est indocile, M. Chavernac imite la pratique de Desmarres père et fait un lambeau kérato-conjonctival, dans le but d'éviter que l'œil ne se vide par suite des contractions des muscles ou des paupières bien plutôt que par la *vis expellens.*

La capsule est divisée crucialement soit avec le kystitome classique, soit avec celui de M. Warlomont, soit avec celui de M. Maurice Perrin.

L'écarteur étant alors enlevé pour laisser reposer un instant le malade, M. Chavernac procède à l'iridotomie, grâce à laquelle, suivant lui, le cristallin est facilement expulsé, les débris sont plus visibles, et, par conséquent, il est plus facile de nettoyer le champ pupillaire, après avoir ramené avec la tige de la curette l'iris dans la chambre antérieure, afin de prévenir sa hernie.

Au lieu d'inciser l'iris du cercle pupillaire à sa grande circonférence, comme M. Moura-Brazil, M. Chavernac se contente d'un simple débridement du cercle pupillaire. Il en résulte un petit coloboma de 1 à 2 millimètres de haut, sans importance pour la vision. En cas d'adhérences iriennes au cristallin, d'ophthalmies anciennes, ou lorsque le sujet est d'un tempérament sanguin, l'auteur pratique l'iridectomie au lieu de l'iridotomie.

La fin de l'opération consiste à nettoyer la pupille et à rentrer l'iris.

Le pansement par occlusion et compressif est renouvelé toutes les vingt-quatre heures et maintenu cinq ou six jours; le régime n'est pas modifié, ainsi que les habitudes; aussi 'auteur préfère-t-il opérer les malades chez eux.

M. Chavernac n'opère que lorsque le malade n'y voit plus; tout au plus fait-il exception pour les gens obligés d'y voir pour vivre. Il n'opère pas lorsqu'un seul côté est pris, pensant qu'on ne pourra jamais rendre à l'œil opéré une acuité visuelle égale à l'autre. Enfin, il n'opère jamais qu'un seul œil à la fois.

A l'appui de la méthode de Daviel, qu'il défend, l'auteur relate 21 observations, dont M. le rapporteur croit devoir éliminer 4 qui ne se rapporteraient pas soit à la modification que M. Chavernac propose, soit au procédé même de Daviel.

Resteraient donc 17 observations, qui auraient donné 16 succès, peut-être seulement 15, car, dans l'une de ces observations, il est dit que, après une fièvre continue, l'œil, opéré avec succès, fut perdu.

Dans un cas, il y eut une iritis grave; dans quatre cas, on nota l'issue du corps vitré; deux fois, l'iris fut adhérent à la plaie; enfin deux fois, on dut utiliser la curette pour aller chercher le cristallin, ce qui ajoute encore un cas d'issue du vitreum; en tout, cinq pertes du corps vitré sur 16 ou 17 cas, soit près de 30 p. 100.

M. Chavernac termine son mémoire par un parallèle entre la méthode à lambeau et la méthode linéaire, parallèle dans lequel sont exposés, d'une manière un peu partiale, suivant M. le rapporteur, les avantages et les inconvénients des deux modes opératoires et qui est tout en faveur de la méthode française, au détriment de la méthode allemande.

« En fait, dit-il, M. Chavernac n'aime pas le procédé allemand, quelque modifié qu'il puisse être, et il lui préfère le procédé français. Nous croyons toutefois qu'en accumulant des accusations plus ou moins justifiées à propos du premier de ces procédés, l'auteur dépasse le but qu'il s'est proposé d'atteindre. En établissant une comparaison entre les méthodes de Daviel et de von Graefe, il aurait dû étudier plus longuement et apprécier les procédés intermédiaires

dont l'ensemble constitue la méthode à petits lambeaux, méthode jouissant, au moins actuellement, de quelque faveur parmi les ophthalmologistes.

« Quoi qu'il en soit, la revendication de M. Chavernac en faveur du procédé français, dit de Daviel, qu'il soit ou non modifié par l'iridotomie, nous paraît fort soutenable. Elle est en outre dictée par un esprit de patriotisme scientifique qui nous est très sympathique, d'autant que nous appartenons à la catégorie des « pauvres d'esprit » qui regardent les frontières comme des divisions et même comme des divisions scientifiques.

« En conséquence, j'ai l'honneur de proposer de déposer le travail de M. Chavernac aux archives et d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements. » (Adopté.)

— M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. le docteur Longuet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Bourges, intitulé : *Névralgie et tic douloureux de la face; élongation du nerf dentaire inférieur droit par la voie buccale; disparition des douleurs pendant un mois et demi; récidive.*

Il s'agit d'un homme de 41 ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Bourges le 16 juin 1882. Il est atteint depuis quatre ans d'une névralgie atroce du nerf dentaire inférieur droit, avec tic douloureux. Toutes les médications ont échoué jusqu'ici contre cette affection. Survenue lentement, elle n'a fait que progresser avec le temps.

Les crises névralgiques épileptiformes partent de la gencive, au niveau de la première petite molaire droite. De là les douleurs irradient : en arrière jusqu'à l'angle de la mâchoire, en dedans sur la portion droite du plancher de la bouche, en avant sur la moitié droite de la bouche et du menton.

Elles sont réveillées par la mastication, la parole et surtout par la toux ou un violent effort d'expiration. La nuit elles surviennent spontanément, d'où privation absolue de sommeil. Ces crises durent de quinze à trente minutes; elles sont atroces; le patient se tord et pousse de véritables hurlements de douleur. Pendant ce temps l'aile du nez et la commissure labiale droites sont agitées de convulsions cloniques. M. Longuet se décide à pratiquer l'élongation du nerf dentaire inférieur droit à son entrée dans le canal dentaire, au niveau de l'épine de Spix, en suivant, dit-il, les indications données par Michel, de Strasbourg, pourla section de ce nerf par la voie buccale.

L'opération pratiquée le 4 juillet 1882, avec le concours de M. le docteur Sarrazin, est singulièrement facilitée par l'absence de dents qui rend très accessible le bord interne de la branche montante du maxillaire inférieur. Ce bord est mis à nu par section de la muqueuse et des fibres du buccinateur.

Mettant de côté le bistouri, M. Longuet décolle avec la pointe d'une paire de ciseaux courbes, tenus exactement fermés, tous les tissus situés sur la face interne de l'os et il arrive rapidement ainsi à pouvoir toucher à l'aide du doigt l'épine de Spix. Il a pu sentir et faire sentir à M. Sarrazin le cordon nerveux roulant au fond de sa gouttière.

Guidé par l'index maintenu sur l'épine de Spix, il a chargé le nerf sur le bout des ciseaux dont la concavité était tournée en dedans. Dans cette position, le nerf était senti très aisément; on a pu même percevoir les battements de l'artère dentaire qui s'y trouve accolée.

Agisssant alors sur les anneaux des ciseaux comme sur un bras de levier, et leur faisant décrire un mouvement horizontal de dedans en dehors, il exerce sur le nerf une traction qu'il peut rendre aussi énergique qu'il le désire.

Après avoir répété plusieurs fois, et avec la plus grande prudence, l'élongation du nerf, M. Longuet retire les ciseaux; le malade déclare qu'il ne souffre plus: il parle, tousse et crache saus ressentir aucune douleur. La sensibilité cutanée de la joue et du menton persiste, mais la muqueuse des gencives, du plancher buccal et de la face interne des lèvres à droite, est notablement anesthésiée.

L'opération, faite sans emploi de chloroforme, n'avait duré que vingt minutes. Les suites en furent des plus simples. Dès le quatrième jour la plaie était fermée; le septième jour, le malade sortait guéri de sa plaie et de sa névralgie; à ce moment la muqueuse buccale avait recouvré toute sa sensibilité.

Malheureusement, comme le retour de la sensibilité devait le faire craindre, la guérison fut de courte durée. Au bout d'un mois les douleurs reparaissaient dans la cicatrice buccale et devenaient bientôt aussi violentes qu'avant l'opération, seules les convulsions épileptiformes n'avaient pas reparu.

Suivant M. Longuet, l'opération de l'élongation du nerf dentaire inférieur par incision sur l'épine de Spix, est facile a pratiquer par la voie buccale; un bistouri et une paire de ciseaux courbes suffisent à l'opérateur; le malade ne souffre presque pas et n'a pas besoin d'être chloroformisé; il n'existe pas dans la région de vaisseau important; l'artère dentaire, qui peut donner une hémorrhagie dans la *résection* du nerf, n'est pas lésée daus l'*élongation*; le

traumatisme est insignifiant puisqu'il consiste en une petite incision de la muqueuse buccale et en un décollement peu étendu de tissus à peine adhérents à la branche montante du maxillaire inférieur. La plaie peut se cicatriser très facilement et ne laisse aucune trace extérieure; dans le cas ci-dessus relaté, le soulagement a été instantané, mais il n'a duré que six semaines, peut-être parce que l'élongation n'a pas été poussée assez loin.

M. le rapporteur regrette de ne pouvoir être du même avis que M. Longuet. D'abord, il croit devoir émettre un doute sur la réalité de l'élongation dans le cas dont il s'agit. L'observation ne lui donne pas, dit-il, la preuve que le nerf dentaire inférieur a été réellement distendu, allongé, puisque ce nerf n'a pas été saisi sur un crochet et attiré en avant de manière à être vu par l'opérateur et par les assistants.

Sans doute, l'opération est facile, si l'on ne tient pas à mettre le nerf à nu, à le voir, à le saisir avec un crochet. Mais, dans le cas contraire, les difficultés sont très grandes, ainsi que l'expérience l'a montré à M. Chauvel dans de nombreux essais tentés sur des sujets jeunes, il est vrai, et possédant toutes leurs dents. On sent peu ou mal l'épine de Spix, on sent mal le cordon nerveux et l'on ne réussit que rarement, à la première fois, à le charger sur un crochet. Le saisir et le soulever à la pointe des ciseaux paraît bien difficile, comme aussi de calculer et de mesurer la force employée et la distension obtenue.

M. Chauvel repousse donc absolument cette manière de faire, et il ne pense pas que l'observation de M. Longuet puisse entrer en ligne de compte pour juger la valeur de l'élongation dans le traitement des névralgies rebelles.

M. le rapporteur rappelle que, dans la discussion à laquelle donna lieu la communication faite par M. Marc Sée au mois de mai dernier, la méthode de la résection et de l'élongation par la voie buccale ne trouva pas de défenseur parmi les membres de la Société de chirurgie. Elle est difficile, elle semble exposer plus que les autres à la lésion de l'artère dentaire et à des hémorrhagies graves.

M. Polaillon préfère la trépanation par la face externe comme plus précise et permettant de ne toucher que le nerf dentaire, sans léser ni le lingual, ni les vaisseaux. Les suites en sont simples et la perte de substance osseuse est insignifiante. Sur le sujet, dit M. Chauvel, c'est, en effet, la pratique la plus sûre, car elle conduit directement sur le nerf et permet de voir exactement ce que l'on fait; mais elle entraîne un traumatisme plus considérable et une cicatrice fâcheuse pour la femme.

MM. Gillette et Marc Sée donnent la préférence à la méthode conseillée par Sonnenberg, pour la résection du nerf dentaire inférieur. Elle consiste à découvrir le nerf par une incision en crochet embrassant l'angle de la mâchoire, remontant le long du bord postérieur de la branche montante jusqu'à 1 centimètre 1/2 et se prolongeant en avant, suivant le bord inférieur de l'os, jusqu'au voisinage de l'artère faciale.

M. Chauvel déclare l'avoir essayée plusieurs fois à l'amphithéâtre, non sans y trouver des difficultés d'exécution. L'épine de Spix se trouve, en effet, à près de 3 centimètres de la plaie et il faut aller chercher le nerf au-dessus d'elle, c'est-à-dire plus loin encore. Le doigt arrive bien à sentir la saillie osseuse, mais le chargement du nerf sur un crochet et sa mise à jour dans la plaie sont des plus difficiles; le lingual peut être saisi et chargé en même temps que le dentaire.

En examinant la disposition anatomique des parties, il semble à M. Chauvel que le plus court chemin et le plus aisé pour arriver sur le nerf dentaire inférieur avant où à son entrée dans le canal osseux du maxillaire, serait de porter l'incision sur le bord postérieur même de la branche montante.

En commençant l'incision sur le bord osseux, un centimètre en avant de l'angle du maxillaire, et la continuant de bas en haut dans l'étendue de 35 à 40 millimètres sur le bord postérieur de la branche montante, la mise à jour du nerf et son chargement sont bien moins pénibles. A la hauteur de l'épine de Spix, le tronc nerveux est caché dans une gouttière osseuse large encore, mais dont le bord postérieur est beaucoup moins saillant que le bord antérieur en partie constitué par la base de l'épine. De plus, tandis que l'entrée du canal osseux n'est guère qu'à un centimètre du bord postérieur de la branche montante, elle est éloignée de près de deux centimètres de son bord antérieur. Il y donc tout intérêt à suivre la voie postérieure, au risque, il est vrai, de diviser quelques branches du facial et de l'artère transversale de la face. Il semble à M. Chauvel qu'avec quelques précautions on peut éviter de léser la parotide que l'on repousse en arrière, et le canal de Sténon, ainsi que les troncs de la transversale de la face et du facial supérieur. Théoriquement, l'opération est ainsi plus aisée, et il pense que, pratiquement, il est indiqué de se rapprocher, autant que possible, de l'incision qu'il conseille parce qu'elle est le chemin le plus court et le plus direct pour arriver sur le tronc nerveux.

Resterait à discuter la valeur de l'élongation comparée à la simple section et à la résection

du nerf dentaire inférieur; mais la science manque d'un nombre suffisant d'observations complètes, de résultats longtemps suivis. Les seuls faits publiés d'élongation du nerf dentaire inférieur sont ceux communiqués par MM. Marc Sée et Polaillon, et encore ce dernier a ajouté à l'extension la résection d'une portion du nerf. Il est donc impossible, par suite de l'insuffisance des faits, d'apprécier actuellement la valeur thérapeutique de l'élongation du nerf dentaire inférieur dans les névralgies rebelles.

M. le rapporteur propose, en terminant, de déposer aux *Archives* le travail de M. le docteur Longuet et d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements. (Adopté.)

M. Berger considère le procédé proposé par M. Chauvel comme étant d'une exécution extrêmement difficile et laborieuse; en cherchant à atteindre le nerf dentaire inférieur par le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, on s'expose, à peu près inévitablement, à léser la parotide et les branches du facial.

M. Polaillon dit que, dans les opérations qu'il a pratiquées par le procédé de la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur, il lui a été facile d'arriver sur le nerf et de pratiquer l'élongation. Dans l'observation qu'il a communiquée à la Société de chirurgie, le soulagement a été immédiat, mais la guérison n'a pas été durable et les crises douloureuses sont revenues au bout de trois mois.

Dans un autre cas, ayant affaire à une névralgie atroce et rebelle, accompagnée de crises épileptiformes, il a pratiqué la même opération, mais à l'élongation il a cru devoir ajouter la section du nerf dentaire inférieur et l'arrachement du bout périphérique. Malgré cela, les douleurs n'ont pas cessé immédiatement; elles ont continué encore pendant huit ou dix jours, mais amoindries dans leur violence et n'étant plus accompagnées des crises épileptiformes. Ce n'est que huit ou dix jours après l'opération que les douleurs ont cessé complètement. Toutefois, au bout de six mois, la douleur a reparu localisée à la place de l'une des molaires, douleur excessive dont il n'a pu avoir raison que par l'excision du bord de la gencive jusqu'au maxillaire.

Plus récemment, il a pratiqué la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur, l'élongation, l'incision et l'arrachement du bout périphérique du nerf, sur une malade du service de M. Léon Labbé qui souffrait atrocement, depuis plusieurs mois, d'une névralgie du nerf dentaire inférieur; le résultat définitif a été excellent, ainsi que M. Léon Labbé pourra le confirmer, ayant eu l'occasion de revoir la malade.

Dans les deux cas, M. Polaillon a pu éviter la blessure de la glande parotide et de l'artère dentaire inférieure; il a obtenu une réunion immédiate, avec absence complète de cicatrice à la face.

La partie délicate et difficile de l'opération consiste dans l'ablation de la rondelle osseuse de la branche montante du maxillaire inférieur; le nerf dentaire peut être blessé dans ce temps de l'opération et le chirurgien peut éprouver des difficultés à le trouver et à l'étirer.

L'élongation simple est, d'ailleurs, tout à fait infidèle dans ses résultats; il faut y joindre la section du nerf et même l'arrachement du bout périphérique qui peuvent ne pas suffire toujours à prévenir la récidive.

M. Léon Labbé confirme ce que vient de dire M. Polaillon au sujet des résultats de l'opération pratiquée sur une malade de son service. Cette malade souffrait atrocement depuis plusieurs mois, ne pouvait plus ni manger, ni dormir et sa famille craignait qu'elle ne finît par se suicider. L'opération pratiquée depuis le mois de mai dernier, a donné, jusqu'à ce jour, des résultats très satisfaisants; il n'y a pas eu de récidive.

M. Théophile Anger voudrait qu'à l'avenir l'attention des opérateurs se portât sur la coloration du nerf. Il a eu l'occasion, dans son service de l'hôpital Cochin, de pratiquer l'élongation du nerf dentaire inférieur sur un malade qui avait une névralgie dentaire et s'était fait arracher successivement toutes les dents de la mâchoire inférieure. Ce malade étant mort d'une maladie intercurrente, M. Anger a examiné avec soin le nerf dentaire, et il a trouvé sur ce nerf une vascularisation tout à fait anormale qui remontait jusqu'à la base du crâne et à l'origine du tronc nerveux. On s'explique facilement, dans ce cas, la persistance des douleurs qui dépendent non d'une simple névralgie mais d'une véritable névrite.

M. Monod a pratiqué l'élongation du nerf dentaire inférieur d'après le procédé indiqué par M. Polaillon, et les résultats qu'il a obtenus ont été relativement satisfaisants. Le malade a été soulagé immédiatement; au bout de quelques mois, les douleurs ont reparu, il est vrai, mais notablement amoindries et limitées à quelques crises douloureuses au niveau du trou mentonnier. La trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur lui a paru une opération relativement facile; on arrive ainsi assez facilement sur le nerf que l'on voit et que l'on peut charger sur un crochet.

M. Monod n'a pratiqué que l'élongation, sans incision ni arrachement; mais il a eu soin d'amener le nerf complètement en dehors de la plaie. Celle-ci a été pansée au Lister, et il n'y a presque pas eu de cicatrice. L'opération par la voie buccale offre des difficultés et des dangers réels. M. Terrillon l'a pratiquée deux fois; dans un cas, il a eu une hémorrhagie grave par lésion de l'artère dentaire inférieure, qui a nécessité la ligature de la carotide extrêmes. En somme, cette opération paraît à M. Monod plus difficile que ne le dit M. Longuet; il lui préfère la trépanation.

M. Marc Sée dit qu'il y a des cas où la voie buccale n'est pas accessible; par exemple, quand il existe une constriction de la mâchoire. Par le procédé qu'il a indiqué et pratiqué et, en s'aidant de l'éclairage artificiel, on arrive parfaitement à voir le nerf dentaire inférieur, à le saisir et à en faire l'élongation. Dans les procédés de la section et de l'excision, la lésion de l'artère dentaire inférieure peut donner lieu à des hémorrhagies graves qui nécessitent parfois la ligature de la carotide externe et qui, dans quelques cas, ont été suivies de mort.

Pour M. Sée, l'élongation est supérieure à l'incision et à l'arrachement. Chez sa malade, l'élongation simple a donné un succès définitif.

M. Farabeuf fait remarquer que le ligament sphéno-maxillaire, quand on cherche le nerf dentaire par la voie parotidienne, masque absolument ce nerf et l'artère qui lui est accolée. On aura infailliblement quelque peine à découvrir le nerf par cette voie et à l'accrocher. En outre, l'artère maxillaire interne peut être atteinte dans l'une des nombreuses courbures qu'elle décrit dans son trajet. — A. T.

BIBLIOTHÈQUE

Appareil élytro-ptérygoïde, par M. le docteur Chassagny. Paris 1882; G. Masson.

On connaît l'appareil à double ballon de M. le docteur Chassagny, et les services que, dans maintes occasions, il a rendu en obstétrique et en gynécologie, comme moyen de tamponnement et de dilatation. Il avait pour objet de faire du vagin une cavité close, dans laquelle un récipient membraneux, souple et parfaitement extensible, est susceptible au moment opportun d'être distendu par une injection de liquide. Il pouvait alors remplir la cavité vaginale et se mouler sur ses parois.

Mais dans la réalisation pratique de cet appareil, la difficulté était de trouver une disposition telle, que l'oblitération soit complète et durable. Au ballon inférieur de l'appareil primitif, M. Chassagny substitue un spéculum contenant une vessie souple, spécialement préparée et munie de deux ailes qui, en se dépliant par le gonflement du ballon dilatateur, empêchent l'expulsion de l'appareil hors du vagin.

L'emploi de cet appareil peut, d'après l'auteur, être utile : comme moyen préventif des hémorrhagies dans les cas de placenta prœvia; pour préparer l'accouchement prématuré artificiel, activer la dilatation dans l'accouchement naturel; pour dilater le col utérin dans les affections utérines et enfin, comme procédé d'hémostase dans les métrorrhagies *ante* ou *post* partum. La démonstration de quelques-uns de ces usages résulte des observations qui accompagnent le mémoire de l'auteur. Si cette méthode soulève quelques objections, elle n'en fait pas moins honneur au génie inventif de M. de Chassagny. — C. E.

FORMULAIRE

Liniment contre le psoriasis. — F. Hébra.

Essence pyrogénée de bouleau.	40 grammes.
Alcool	4 —
Ether sulfurique.	4 —
Essence de lavande.	20 gouttes.
Essence de rue.	20 —
Essence de romarin	20 —

Mêlez en agitant. — A l'aide d'un pinceau en brosse, on étend une couche de ce liniment sur les parties velues, pour combattre le psoriasis. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les récompences suivantes sont accordées aux docteurs en médecine dont les noms suivent, pour leur thèse subie pendant l'année scolaire 1881-1882 :

1° *Médailles d'argent.* — MM. Chauffard, Desnos, Ferré, Guilliers, Labbé (Ch.), Lejemble, Leloir, Manouvrier et Servoles.

2° *Médailles de bronze.* — MM. Bénard, Brondel, Cavalcanti, Colovitch, d'Albuquerque, d'Antin, Faisans, Gaucher, Guitter, Haranger, Havage, Masseron, Méricamp, Pruvot, Osorio, Savard, Vallon, Variot, Wuillamier.

3° *Mentions honorables.* — MM. Béchard, Bertheux, Bonnans, Bounot, Boussac, Branly, de Bricon, Brumauld de Montgazon, Castex, Castinel, Castagnéda, Cavagé, Comby, Gauchas, Gauthier, Gergaud, Girard, Lacaze-Dori, Meunier, Moizard, Piogey, Reyne, Tisné, Touaille, de Larabrie, Vimont.

Prix Lacaze. — Ce prix n'a pas été décerné par insuffisance des travaux présentés. La question, la fièvre typhoïde, est remise au concours pour l'année 1883.

Service médical de nuit. — Il n'est pas inutile de mettre sous les yeux de nos lecteurs la statistique du service médical de nuit, organisé, comme on sait, par le docteur Passantt et qui rend à la population parisienne de si réels services. Pendant l'année 1882, ce son, les premier et quatrième trimestres qui ont été le plus chargés : 1,978 visites à domicile pour le premier, 1,830 pour le quatrième, voilà le bilan total, contre une moyenne de 1,500 environ pour les deux autres, les deux trimestres moyens.

En somme l'utilité du service médical de nuit s'affirme par la progression croissante des visites réclamées. En sept ans, le total a presque doublé. En effet de 3,616 en 1876, il a atteint en 1882, le chiffre de 6,891. Pendant ces sept années, le service a été assuré par 568 médecins et 185 sages-femmes. Cette progression démontre l'utilité du service médical de nuit qui, dans le dernier trimestre de l'année précédente a fourni une moyenne de 20 visites quotidiennes.

Les arrondissements qui ont eu le plus recours aux médecins de nuit sont le 5e, le 11e, le 13e, le 14e, le 15e et les quatre derniers. Le 18e ne compte, pour tout le trimestre que 14 visites.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Steinmetz (Léon) est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Bernardy, démissionnaire.

M. Chatelain (Charles-Hippolyte) est nommé, pour deux ans, aide d'histologie, en remplacement de M. Aubry, dont le temps d'exercice est expiré.

École de médecine de Marseille. — M. Fallot (Étienne-Louis-Arthur), docteur en médecine, est institué, pour une période de dix ans, suppléant des chaires de médecine, en remplacement de M. Laget, appelé à d'autres fonctions.

— Par décret en date du 23 janvier 1883, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve (emplois vacants par organisation) : MM. les docteurs Roque d'Orbcastel, Déporte, Marson, Le Coarer, Yvon, Marietti, Maillard, Guyot, Tauziac et Hermantier.

— Par décision ministérielle, en date du 8 janvier 1883, et par assimilation pour ce qui est fait pour MM. les intendants militaires de corps d'armée (circulaire ministérielle du 24 mars 1881, page 7), deux plantons à pied seront mis à la disposition de MM. les médecins principaux, directeurs du service de santé des régions militaires, pour le service de leurs bureaux. Ces plantons seront pris dans les villes où se trouvent des détachements d'infirmiers militaires, parmi ces militaires ; et, dans les villes n'ayant pas d'hôpitaux militaires, ils seront fournis par les sections d'ouvriers d'administration. Ces plantons seront relevés dans les conditions déterminées par la circulaire précitée du 24 mars 1881.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 2 février, à 9 heures et 1/2, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Vendredi, leçon à l'amphithéâtre. Mardi, leçon au lit des malades.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 30 janvier. — M. Hardy doit sentir augmenter de jour en jour sa reconnaissance envers M. Glénard, dont l'intervention donne tant de relief aux premières semaines de sa présidence. Et M. Germain Sée lui-même, aurait-il pensé à diriger contre les bains froids une argumentation brillante, si la protestation lyonnaise en leur faveur n'avait surgi à la tribune?

M. Hardy, *président*. — Messieurs, le bureau de l'Académie a reçu de M. Glénard une lettre où sont longuement discutées les conclusions du rapport de M. Colin. Le bureau est d'avis qu'il n'y a pas lieu de vous en donner lecture, et de permettre ainsi à un étranger de prendre part à nos discussions.

M. Bouley. — Je demande à l'Académie de vouloir bien autoriser la lecture de cette lettre. Elle contient des faits qui n'ont pas encore été présentés, des éléments sans lesquels nous ne pouvons juger en connaissance de cause la question qui nous est soumise.

M. Hardy, *président*. — L'Académie est maîtresse de son ordre du jour, mais il n'est pas admissible qu'un étranger intervienne dans nos débats.

M. Béclard, *secrétaire perpétuel*. — Messieurs, il est bon de vous rappeler l'article du règlement où sont prévus les cas de ce genre. (Les termes précis de l'article nous échappent, mais il y est dit en substance : quand un étranger adresse une lettre au bureau, celui-ci juge s'il en doit donner lecture ; en cas d'hésitation de sa part, l'Académie consultée prononce.)

M. Legouest. — Avec M. le président, je pense qu'il ne faut pas donner aux étrangers le droit de prendre part, sous cette forme, aux délibérations de l'Académie. Je demande le renvoi de la lettre de M. Glénard à la commission, afin que ce nouveau document soit examiné et puisse venir en discussion.

M. Bouley. — Messieurs, pourquoi ces difficultés? Nous ne cherchons ici que la vérité. Si l'Académie, en donnant la parole à un étranger sur une discussion pendante, a commis une faute contre son règlement, cette faute a été fort heureuse, car elle a mis au jour une question du plus haut intérêt, et maintenant nous sommes engagés à l'approfondir. Je supplie l'Académie de se montrer libérale.

M. Maurice Perrin. — Nous ne pouvons entrer dans cette voie, que le règlement condamne. Que M. Bouley prenne la parole dans la discussion du rapport, et qu'il nous donne, sous sa responsabilité, les arguments contenus dans la lettre de M. Glénard!

M. Moutard-Martin. — Il est impossible de renvoyer cette lettre à la commission ; car, d'après les paroles de M. le président, elle contient une discussion du rapport que nous avons présenté. Le rapport doit être discuté ici-même. Que M. Bouley prenne la parole! (L'ordre du jour!)

L'ordre du jour, voté à une grande majorité, appelle la discussion sur le rapport de M. Colin. M. le président donne lecture des conclusions. Mais M. Bouley ne veut pas qu'on oublie la lettre.

M. Bouley. — Je demande le renvoi de la discussion au jour où, connaissant la

lettre de M. Glénard, nous aurons les éléments nécessaires pour formuler notre opinion.

M. HARDY, *président*. — Cette proposition est contraire au vote de l'Académie, qui a demandé l'ordre du jour, c'est-à-dire la discussion immédiate.

M. Jules GUÉRIN. — Dernièrement, j'ai présenté un travail sur les formes ébauchées de la fièvre typhoïde ; j'ai montré qu'en instituant la médication dès le début, quand la maladie est ébauchée seulement, on a des succès beaucoup plus nombreux qu'en attaquant la maladie confirmée. Le rapport, qui ne tient nul compte de ces distinctions importantes, continue un arbitraire contre lequel je proteste.

Le président estime sans doute que l'argumentation de M. J. Guérin, dans sa forme ébauchée, a suffi pour faire juger la méthode de Brand, et, sans écouter M. Bouley, qui promet de parler dans huit jours, il va mettre aux voix les conclusions du rapport ; mais...

M. TARNIER. — Pourquoi refuser d'ajourner la discussion? Attendons que tous les faits nous soient connus pour émettre un avis.

M. HARDY, *président*. — La communication de M. Glénard a fait du bruit ; les résultats annoncés par l'auteur ont été accueillis avec une certaine légèreté ; il y a donc intérêt à ce que l'Académie se prononce rapidement.

M. BOULEY. — Je monte à la tribune sur ces derniers mots. Vous parlez de légèreté! Rappelez-vous comment la méthode des bains froids s'est introduite en France. Notre jeune confrère de Lyon, prisonnier à Stettin, voit à l'œuvre le docteur Brand, qui, d'une égale humanité pour les Allemands et les Français, applique à tous un traitement dirigé par une méthode rigoureuse ; dans ces conditions, il est témoin de résultats qui frappent son esprit. De retour à Lyon, il dit ce qu'il a vu, on l'écoute ; secondé par un administrateur intelligent, il expérimente la méthode nouvelle avec la rigueur et l'exactitude nécessaires. Ses collègues sont convertis, et depuis douze ans, les médecins et les journaux de Lyon témoignent en sa faveur. Si vous observiez dans les mêmes conditions, peut-être verriez-vous les mêmes faits. En Algérie, disait M. Colin, la fièvre typhoïde a des formes plus graves ; ce sont elles qui augmentent la mortalité générale de notre armée. Eh bien, M. Longuet, chirurgien militaire, a observé dans ce pays ; avec les moyens ordinaires, il avait des désastres; avec la méthode de Brand, sur 52 malades il en a perdu un seul ! Sont-ce là des faits sur lesquels vous puissiez vous prononcer en quelques instants? Faites une enquête, mettez-y le temps, consacrez-y les fonds nécessaires. Est-il possible que depuis vingt ans toute la médecine militaire allemande ait persisté dans une erreur absolue? Ce n'est pas par des discours et des négations, ce n'est pas par l'ironie que nous devons accueillir une question aussi grave. Nous sommes en présence d'un mal abominable ; il y a en France une Faculté, un groupe médical qui viennent vous dire que ce mal peut être conjuré dans une large mesure : écoutez-les, nommez une commission d'enquête !

Cet appel chaleureux oblige la Commission à intervenir pour écarter d'injustes soupçons et déclarer que ses intentions étaient pures.

M. COLIN, *rapporteur*. — Nous n'avons traité qu'une seule question, la statistique, et n'avons eu qu'un but, rétablir des chiffres inexacts ou présentés de manière à jeter l'alarme. Encore n'avons-nous pas donné comme absolument rigoureux le chiffre de mortalité (14 p. 100) opposé à celui de M. Glénard (40 p. 100). Pour ma part, j'inclinerais à penser, d'après mes propres travaux, que celui de 21 p. 100 est plus près de la vérité. Quant à la méthode de Brand, nous n'avions pas à l'apprécier ; nous avons déclaré tenir le plus grand compte des résultats annoncés par d'honorables confrères, étrangers ou français, et nous avons dit que les médecins militaires n'avaient aucun parti pris contre les bains froids.

M. HARDY, *président*. — En effet, le rôle de la commission se bornait à l'examen

de certains chiffres, à leur rectification; mais elle n'a pas jugé la méthode en elle-même.

Et, pensant avoir calmé M. Bouley, grâce à l'intervention du rapporteur, M. Hardy se prépare derechef à mettre aux voix les conclusions; mais....

M. Henri Roger. — L'Académie n'a rien à voter. Les conclusions du rapport sont d'ordre scientifique et n'entraînent aucun acte; il nous suffit de les approuver.

Résistance du président, insistance de M. Roger. Ceux qui pensent qu'on doit voter sont invités à lever la main : personne ne bouge. Ainsi finit, sans tristesse, un débat plein d'animation.

L'élection de M. Védrènes au titre de correspondant national s'est faite sans bruit au milieu des incidents multiples de la discussion; mais l'orage n'a pas été tel, qu'il ait couvert le nom de ce chirurgien distingué.

Il nous reste bien peu d'espace pour rendre justice au discours de M. Germain Sée. Aussi bien restait-il peu de temps à l'orateur pour achever sa communication. Les faits qu'il a présentés aujourd'hui en sont cependant la partie essentielle et positive.

L'orateur a commencé par une invocation à Liebermeister, qui emploie les bains froids, mais qui a dit : « Si j'avais à choisir entre les bains et la quinine, je préférerais la seconde. »

Sur l'action du sulfate de quinine, M. G. Sée émet les propositions suivantes : 1° c'est un antithermique; 2° il enraye les oxydations; 3° il agit sur le cœur et les vaisseaux de la manière la plus favorable.

Il faut avoir le médicament pur, et se garder contre les falsifications. Il faut l'employer à dose suffisante, 2 gr. et 2 gr. 20, d'une façon continue pendant plusieurs jours, sans intermissions. Dans quelques détails, M. Germain Sée ne suit pas entièrement la pratique de Liebermeister, et nous donne les raisons de ces légères divergences.

Le sphygmographe démontre que l'usage de la quinine augmente l'énergie du cœur, supprime le dicrotisme, et par conséquent rétablit le niveau de la tension artérielle. Le collapsus, l'hémorrhagie intestinale, l'angoisse respiratoire ne sont plus à craindre comme avec les bains froids.

Ajoutez que l'alcool « appuie, pour ainsi dire, sur les propriétés du sulfate de quinine. » C'est un moyen d'épargne, qui diminue les oxydations, la température, et qui soutient les forces. Telles sont les raisons qui font de la quinine et de l'alcool deux agents précieux, dont l'usage est inoffensif et peut être longtemps prolongé au grand avantage des typhiques. L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR L'HYSTÉRIE FRUSTE ET SUR LA CONGESTION PULMONAIRE HYSTÉRIQUE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 novembre 1882,

Par le docteur M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Suite et fin. — (Voir les numéros des 25 et 27 janvier.)

En lisant cette observation, on trouvera peut-être le diagnostic facile; nous avouons avoir erré pendant quelque temps avant d'avoir reconnu l'hystérie. En effet, le malade se disait poitrinaire, accusait des sueurs nocturnes, des hémoptysies, une toux persistante; il avait consulté à diverses reprises deux de nos plus éminents maîtres, qui avaient affirmé l'existence de lésions pulmonaires étendues, siégeant du côté droit; mais peu à peu nous arrivâmes à reconnaître qu'il n'y avait à l'auscultation aucun signe de lésion pulmonaire, qu'il n'y avait jamais de fièvre se traduisant par une élévation thermométrique, que la toux était sèche, ne s'accompa-

gnait d'aucune expectoration, et nous fûmes ainsi conduits à nier l'existence de la phthisie.

L'anorexie persistante, la toux sèche, les vomissements nous firent penser à une hystérie possible, et cette opinion fut corroborée par l'existence d'attaques antérieures, de contracture passagère de la main droite, d'hémiplégie droite avec hémianesthésie. Le malade se croyait complètement guéri de son hémiplégie et ne fut pas médiocrement étonné lorsque nous lui avons prouvé que le côté droit était plus faible que le gauche et insensible. Une application d'aimant qui dura dix minutes suffit à provoquer le phénomène du transfert.

Notre malade est aujourd'hui transformé, et sa transformation rapide fut le résultat de notre thérapeutique. Il ne quittait guère la chambre, était sans force, dormait une partie de la journée, s'appliquait de fréquents vésicatoires, prenait de l'huile de foie de morue, de la créosote, etc.

Il nous parut nécessaire de combattre l'anorexie et les vomissements. On introduisit tous les jours par la sonde dans l'intervalle des repas, en deux fois, deux litres de lait et cent grammes de poudre de viande, le résultat fut merveilleux et, une fois de plus, nous avons relevé deux particularités que nous avons déjà signalées : il n'y eut plus de vomissements, l'appétit revint. Le malade qui vomissait le peu de nourriture qu'il essayait d'ingérer, ne vomit plus les aliments introduits par la sonde; au bout de peu de jours, il ne vomit même plus les aliments qu'il mangeait avec appétit aux heures des repas. Il est un proverbe qui nous paraît ici exprimer une vérité thérapeutique : l'appétit, dit-on, vient en mangeant. Nous avons eu l'occasion de vérifier ce fait, non seulement sur les malades anorexiques, soumis à l'alimentation artificielle, mais sur ceux qui, dans l'intervalle des repas, prenaient une soixantaine de grammes de poudre de viande et se nourrissaient avec un petit volume d'aliments, pour ainsi dire à leur insu.

Dès que notre malade eut repris ses forces sous l'influence du régime alimentaire, nous l'avons obligé à se lever le matin de bonne heure, à ne plus dormir dans la journée; il fit de l'hydrotérapie, des armes, des courses à pied. Aujourd'hui, il peut être regardé comme guéri et les heureux effets du traitement viennent encore à l'appui de notre diagnostic.

Si nous cherchons les phénomènes qui ont induit en erreur les médecins, nous reconnaissons qu'ils sont au nombre de trois : les sueurs nocturnes, les hémoptysies, les signes d'auscultation.

Il est une cause de sueurs nocturnes qui, selon nous, n'a pas été suffisamment étudiée, c'est l'inanition. Chez nos phthisiques soumis à l'alimentation artificielle, les sueurs disparaissent complètement dès les premiers jours du traitement, à une époque où il ne s'est produit aucune modification locale. Chez notre malade, les sueurs ayant disparu dans les trois jours qui succédèrent à l'alimentation artificielle' nous nous croyons pleinement autorisés à les attribuer à une alimentation insuffisante.

Les hémoptysies ne sont point rares chez les hystériques, et Trousseau insistait déjà sur ce point; mais ce qui est moins généralement admis, c'est qu'elles puissent être abondantes; on les prend alors pour des hématemèses. Pour nous, les hémoptysies de notre malade étaient d'origine purement nerveuse.

Quant aux signes physiques qui ont été constatés par plusieurs médecins éminents, ils ont dû certainement exister, mais d'une façon passagère. Le professeur Z..., qui vit deux fois le malade trouva, à quinze jours d'intervalle, un tel changement, qu'il en fut tout étonné et se rallia au diagnostic de granulations tuberculeuses disséminées dans le poumon. En réalité, il s'agissait d'un accident encore peu connu, de congestions pulmonaires, essentiellement transitoires, et qui se produisent dans la grande majorité des cas d'un seul côté, du côté de l'hémianesthésie. On comprend ainsi l'erreur de médecins qui trouvent des râles dans un seul poumon, chez un hémoptysique. Ces erreurs ne doivent pas être rares, car les hémoptysies nerveuses ne le sont pas, et elles sont évidemment liées à la congestion pulmonaire. Cet accident hystérique peut donner lieu à de graves méprises, car le ma-

lade, effrayé par une hémoptysie, va voir son médecin ; à ce moment, on provoque quelque grande consultation, et on trouve des signes physiques paraissant démontrer d'une façon irréfutable l'existence de la tuberculose ; ce sont, en réalité, des signes passagers de congestion.

L'année dernière, nous avons donné nos soins à une jeune fille qui passait pour phthisiqne avérée, elle avait été reconnue telle par les plus grands médecins de Paris et d'Allemagne. Nous reconnûmes qu'elle était hystérique et ne présentait aucune lésion pulmonaire. Nous apprenons alors de la famille que les consultants avaient toujours été appelés à l'occasion des hémoptysies ; ils avaient tous constaté des lésions du côté droit, côté anesthésié. Nous avons suivi cette malade pendant plus d'un an, et nous pouvons affirmer que sa santé est aujourd'hui excellente.

Nous pouvons encore citer l'observation d'une jeune demi-mondaine, hystérique, hémianesthésique qui vint nous consulter, il y a deux ans, pour une affection pulmonaire ; elle crachait le sang, avait des sueurs la nuit, présentait des craquements humides au sommet du poumon gauche en arrière. Nous avions diagnostiqué à cette époque une phthisie pulmonaire. Il y a peu de jours, notre malade revint nous consulter pour une indisposition ; elle était dans un état de santé florissant, elle n'avait cependant suivi aucun des conseils que nous lui avions donné, elle avait continué une existence bien irrégulière. La disparition complète des signes physiques, leur existence du côté de l'hémianesthésie, nous font supposer que nous avons eu affaire à une fausse phthisie, à une congestion pulmonaire d'origine nerveuse.

Nous donnons en ce moment nos soins à une dame âgée d'une cinquantaine d'années, qui se plaint de quelques douleurs rhumatismales vagues ; elle est très nerveuse et a présenté de 20 à 30 ans tous les signes de la grande hystérie. Elle eut à cette époque des vomissements de sang et fut soignée par Trousseau qui la déclara poitrinaire, lui fit passer plusieurs hivers dans le midi et la crut condamnée à une mort prochaine. L'état de santé actuel de notre malade, l'absence de tout signe physique de lésion pulmonaire nous font penser qu'il s'agissait d'une congestion pulmonaire hystérique.

Il n'est guère de médecin qui ne pourra se rappeler l'observation de malades (et ce sont ordinairement des femmes) qui ont eu dans leur jeunesse des crachements de sang, ont été condamnés par les plus hautes autorités médicales, et sont devenus par leur longévité un témoignage vivant de l'imperfection de notre art. De pareils malades sont bien faits pour contribuer à la fortune des charlatans et des médications qu'ils préconisent.

L'observation suivante est encore relative à un homme qui a présenté sous nos yeux des accidents de congestion pulmonaire, que nous avons cru devoir rattacher à la névrose hystérique.

Imenaraet, âgé de 52 ans, est entré à l'infirmerie de Bicêtre, le 16 août 1882.

Le 30 avril 1874, il tomba d'un échafaudage et se fit une plaie de la région pariétale gauche. Il fut transporté sans connaissance à l'hôpital de la Charité ; il en sortait trois semaines plus tard, complètement guéri.

Il reprit son travail, mais il s'aperçut d'une gêne croissante dans le membre supérieur gauche ; il ne pouvait plus saisir ses outils avec la même précision et il était obligé de fixer l'objet qu'il voulait saisir de la main gauche (Anesthésie probable).

Le 10 juillet, deux mois et demi après sa chute, il perdit subitement connaissance dans la rue, fut transporté à l'Hôtel-Dieu et ne revint à lui que trois jours après ; il avait alors une hémiplégie gauche intéressant le mouvement, la sensibilité générale et spéciale. On diagnostiqua des accidents dus à l'intoxication saturnine (le malade est plombier). A ce moment survinrent des crises nerveuses, se répétant toutes les semaines, pendant lesquelles I... parlait à haute voix, contait des histoires (suivant son expression). Ces crises cessèrent au bout de sept à huit mois.

Pendant quatorze mois, I... dut garder le lit à cause de son hémiplégie ; puis, peu à peu les mouvements revinrent, fort incomplets, mais il put marcher et entra à Bicêtre, le 25 juillet 1878, après quarante-deux mois de séjour à l'Hôtel-Dieu.

Sa situation s'était améliorée d'une façon suffisante pour qu'il pût travailler, lorsque survint

une paraplégie qui devint complète en l'espace de huit jours et nécessita son entrée à l'infirmerie (16 août 1882). Il se plaignait alors de douleurs en ceinture avec irradiations dans les membres inférieurs. Il n'y a point de troubles de la nutrition, ni de la défécation.

Il existe une hémianesthésie de la sensibilité générale et spéciale du côté gauche.

Le membre supérieur gauche est paralysé, sans contraction ni atrophie; la paralysie n'est pas complète, mais peu s'en faut.

Les membres inférieurs sont tous deux paralysés; le malade fléchit quand on essaie de le lever; cette paralysie est incomplète, plus marquée dans le membre gauche. Les réflexes tendineux sont conservés.

Quinze jours plus tard, la paraplégie avait disparu; l'hémiplégie subsistait seule, telle qu'elle existait depuis des années, permettant la marche et quelques travaux.

Le 22 octobre, le malade se plaignit d'une oppression, d'une sensation pénible de constriction : elle avait pour siège la moitié gauche et antérieure du thorax. A l'auscultation, on entendait, de ce côté de la poitrine, de nombreux râles muqueux, surtout aux bases. On ne percevait pas de bruits morbides du côté droit. L'expectoration était muqueuse (le malade, ordinairement, ne tousse ni ne crache); jamais elle n'a été purulente. Ces divers signes, attribués à une congestion pulmonaire, vont en s'atténuant et disparaissent le 30 octobre.

Bien des diagnostics ont été portés par les médecins qui ont vu ce malade; on a admis successivement une intoxication saturnine, une lésion cérébrale due à un traumatisme, une tumeur cérébrale.

Le diagnostic intoxication saturnine doit être rejeté; on l'avait admis, lorsque le malade présentait des attaques de nerfs avec délire revenant tous les huit jours, mais ce n'est pas ainsi que se manifeste l'encéphalopathie saturnine : elle met directement en danger les jours du sujet, qui guérit ou meurt dans un espace de temps assez court.

Une lésion cérébrale, due à un traumatisme, n'est guère probable; la lésion aurait eut lieu par contre-coup, la cicatrice due à la chute étant sur le pariétal gauche et l'hémiplégie étant gauche.

Une raison, suivant nous, suffit à faire rejeter l'existence d'une lésion matérielle du cerveau; il n'y a dans les membres du côté gauche ni atrophie, ni trace de contracture, la flaccidité est complète. Or, s'il y avait une lésion du faisceau pyramidal, à son origine ou sur son trajet, on observerait ou de la contracture ou une exagération des réflexes tendineux.

Nous basons notre diagnostic hystérie sur l'existence d'une hémiplégie motrice avec hémianesthésie, d'attaques de nerfs avec délire, revenant toutes les semaines, et qui ont disparu depuis sept années, d'une paraplégie qui apparaît et disparaît subitement sous nos yeux, sans cause appréciable. Ajoutons que I... est facilement excitable, qu'il pleure facilement, mais il a toute son intelligence et raconte son histoire avec grande lucidité; nous pouvons même dire qu'au point de vue intellectuel, il est supérieur à la moyenne des malades reçus dans les hôpitaux.

La longue durée de l'hémiplégie ne saurait être une objection à notre diagnostic; il nous serait trop facile de citer des hémiplégies hystériques, survenues chez des femmes et ayant une durée bien plus considérable.

Le point le plus embarrassant pour les médecins a été la soudaineté de l'attaque apoplectique initiale. Mais c'est là un des points encore intéressants de notre observation : nous soutenons que l'hémiplégie hystérique peut débuter subitement par une attaque apoplectique. Dans l'observation de Gs..., précédemment citée, le début de l'hémiplégie fut subit et il nous est facile d'en citer bien d'autres, si l'on veut se reporter à un mémoire que nous avons publié, il y a trois ans (1). A cette époque, nous basant sur la soudaineté du début de l'attaque hémiplégigue, sur le sexe des malades, nous avions supposé qu'il s'agissait de sujets atteints de lésions cérébrales; aujourd'hui, nous sommes convaincus qu'il s'agissait, dans la plupart des cas, d'accidents hystériques. Ceci nous paraît évident pour le malade de notre première observation, qui avait eu des attaques de nerfs; il est frappé d'une attaque d'apo-

(1) Debove. Recherches sur les hémianesthésies accompagnées d'hémiplégie motrice. *Société médicale des hôpitaux* et *Union médicale*, novembre 1879.

plexie, est transporté à l'Hôtel-Dieu, sort le lendemain de son coma : il avait alors une hémiplégie avec hémianesthésie ; nous faisons une application d'aimant, qui a un tel succès, que le malade sort absolument guéri le surlendemain de son entrée à l'hôpital. Evidemment, il s'agissait d'accidents hystériques.

Chez I..., l'hémiplégie avait déjà précédé l'attaque apoplectiforme, car il avait remarqué qu'il était, depuis quelques temps, moins habile de la main gauche et qu'il devait fixer les objets qu'il devait tenir de cette main (signe de l'hémianesthésie.) Chez lui, la cause des accidents hystériques fut une plaie de la tête, exactement comme chez le malade de notre première observation.

Un dernier point doit encore être mis en relief, l'existence d'une congestion pulmonaire gauche, congestion qui s'est produite sous nos yeux et qui existe du côté de l'hémianesthésie. Il ne s'agit pas d'une bronchite, car le malade n'expectore que des crachats muqueux et nous ne saurions admettre l'existence d'une bronchite limitée au poumon gauche.

Les phénomènes hystériques, que nous avons étudiés dans le cours de ce travail, sont assez nombreux pour qu'il soit utile de les résumer ; nous prions nos collègues de nous excuser, si nous les résumons d'une façon un peu aphoristique :

1° L'hystérie, spécialement dans ses formes frustes, est une maladie qui est loin d'être rare chez l'homme ;

2° Chez les hystériques, on observe des accidents de congestion pulmonaire, qui peuvent faire croire à l'existence d'une phthisie ;

3° Chez les hystériques, une hémiplégie peut débuter par une attaque apoplectiforme et faire croire à l'existence d'une lésion cérébrale.

THÉRAPEUTIQUE

L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE EN THÉRAPEUTIQUE.

C'est grâce aux remarquables travaux du docteur Vivien que l'extrait de foie de morue, dont la préparation technique est fort délicate, a pris aujourd'hui dans la thérapeutique un droit de domicile incontesté.

Il ne s'agit pas (comme l'ont cru à tort quelques esprits superficiels), il ne s'agit pas d'un *succédané* de l'huile de foie de morue destiné à augmenter l'arsenal, déjà si encombré, de la médication tonique et reconstituante. Il s'agit d'un véritable médicament, résumant pour ainsi dire, la quintescence de l'action si complexe de l'huile. Il est vraiment comparable aux *extraits* des plantes actives (opium, belladone, etc.), ce produit riche en iode, soufre, phosphore, chlore, ichthyoglicine, propylamine, etc. Il est donc bien digne de la dénomination : « extrait de foie de morue ».

Nos lecteurs comprennent que l'on ne saurait employer en nature une substance qui, dans des proportions même minimes, suffit à donner cette saveur forte et nauséeuse par laquelle tant de malades étaient forcés, jusqu'ici, de se priver de la médication propylamique. Le docteur Vivien a résolu complètement le problème par ses deux préparations magistrales (dragées et vin), dont nous avons sous les yeux les remarquables formules. Aujourd'hui, on peut remplacer, par de faibles doses de ces préparations concentrées, les énormes quantités d'huile, indigeste pour les enfants, répugnante pour tous, que la médecine prescrivait aux phtisiques, aux scrofuleux, aux rhumatisants et aux rachitiques.

De la comparaison de l'analye de l'extrait par le docteur Garreau et de celle de l'huile par le docteur De Jongh, on a compris que les étonnantes propriétés médicinales de l'extrait Vivien dérivaient de sa riche composition. Les cliniciens distingués (Bird de Londres, Pesme de Bordeaux, Vernon et Bernard de Paris, etc.), qui ont publié sur le nouveau produit les résultats de leurs observations, ont tous été frappés de la constance et de l'énergie des effets thérapeutiqnes obtenus. C'est que la *vis medicatrix* est intimement rivée, si l'on peut dire, à l'inaltérabilité et à la constance de la composition du médicament. Le docteur Vivien n'aura pas à regretter l'installation coûteuse et les appareils perfectionnés dont il se sert pour obtenir son extrait. Car il est arrivé, pour ainsi dire, d'emblée à la perfection dans la découverte.

Nous ne saurions ici donner même un résumé des appréciations de ce produit. Qu'il nous suffise de dire, à l'exemple de notre confrère le docteur Richart, du *Courrier médical* : « La

presse tout entière a retenti d'éloges à l'adresse du vin Vivien et je ne sache pas qu'aucune note discordante ait été entendue. » Nous nous contenterons donc de résumer ici brièvement les résultats que nous ont donnés les dragées et le vin Vivien dans une période de dix-huit mois environ. Constamment nous avons obtenu de puissants effets analeptiques ; de plus, le vin a une action *calmante sur la toux*, et rend (effet des aliments respiratoires) la respiration aisée et profonde. L'engraissement est rapide, surtout si l'on force la dose (trois verres à madère par jour, et dix dragées), ce qu'il nous est arrivé plusieurs fois de faire *sans inconvénient*. Jamais de diarrhée ni de vomissements, même dans la période de colliquation tuberculeuse !

Nous avons obtenu les effets thérapeutiques les plus satisfaisants : dans la scrofule du jeune âge ; dans la convalescence de la fièvre typhoïde (relèvement rapide des forces et modération de la boulimie) ; dans l'anémie rhumatismale ; dans la goutte atonique ; dans deux cas d'ecthyma généralisé chez des syphilitiques ; enfin dans la chlorose et l'aménorrhée virginales.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'expérimenter l'extrait de foie de morue dans le rachitisme. Mais les observations de plusieurs de nos confrères nous engagent à préconiser ici encore la médication propylamique, tant vantée, dans cette dystrophie, par l'illustre Trousseau. Le grand clinicien aimait à répéter, à ce sujet, une phrase qui s'applique admirablement aux produits Vivien et qui terminera, comme nous le désirons, cette bien superficielle ébauche : « La médecine n'est rien ; la médication est tout ! »

Dr G. Lormel.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Maurice Laugier pour la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

2° Une lettre de M. Emile Tillot, médecin inspecteur des eaux de Luxeuil, qui sollicite le titre de membre correspondant national.

3° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant. (Déposé en séance par M. Depaul.)

—

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Ménière (d'Angers), un nouveau pessaire.

M. Bergeron présente, de la part de M. Jules Siegfried, maire du Hâvre, un exemplaire d'un volume de M. le docteur Pridgin Teale (de Leeds), intitulé : *Dangers, au point de vue sanitaire, des maisons mal construites*, traduit de l'anglais par M. J. Kirk, préface de M. J. Siegfried.

M. J. Rochard présente, au nom de M. le docteur Chastang, médecin en chef, une brochure intitulée : *Relation de l'épidémie de choléra de* 1882, *dans la Cochinchine française*.

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Debaussaux, médecin-major de première classe, une brochure intitulée : *Note sur une cause possible de la fièvre typhoïde qui a régné épidémiquement à Rouen, vers la fin de* 1875.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la deuxième division.

La commission, dans son rapport, classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Védrènes, médecin militaire actuellement en Tunisie ; — en deuxième ligne, M. Delore (de Lyon) ; — en troisième ligne, M. Michel (de Nancy) ; — en quatrième ligne, M. Cazin (de Boulogne) ; — en cinquième ligne, M. Spillmann (d'Alger) ; — en sixième ligne, M. Bitot (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33, M. Védrènes obtient 41 voix ; M. Cazin, 13 ; M. Michel, 4 ; M. Delore, 3 ; M. Spillmann, 1 ; bulletins blancs, 2.

En conséquence, M. Védrènes ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant pour la deuxième division.

—

M. Jules Guérin lit un travail sur les *plaies en séton* et communique des observations complémentaires sur ce sujet, qu'il a eu occasion de traiter déjà devant elle.

Ces plaies diffèrent non seulement des plaies exposées, mais encore des plaies sous-cutanées dont elles offrent quelques-unes des apparences.

En effet, par la forme particulière que lui imprime la rayure du bronze, par le mouvement de rotation dont elle est animée, la balle traverse les vêtements, déchire les téguments, contond et broie les tissus, et laisse après elle, lorsqu'elle a traversé les os, les produits d'une sorte de mouture. Ces débris varient de forme et de volume avec la vitesse du projectile.

En outre, en vertu d'un certain degré d'élévation de la température, la balle produit à la surface de la plaie un certain degré de cautérisation et de mortification. Ce sont là des conditions qui s'opposent à la cicatrisation immédiate du trajet et des ouvertures, sans compter les corps étrangers, débris de vêtements, etc., qui se rencontrent souvent dans ces plaies.

Pour empêcher la stagnation du pus altéré, sa putréfaction par la chaleur et l'air confiné dans la plaie, sa résorption fréquemment suivie d'infection putride, ou amenant la production d'abcès métastatiques, M. Jules Guérin a institué un traitement qui comprend deux ordres de moyens :

1° Les lavages antiseptiques par courants continus;

2° L'occlusion pneumatique.

Il introduit d'abord, par l'orifice d'entrée du projectile, l'extrémité conique d'un tube de caoutchouc qui plonge, par une autre extrémité, dans un vase d'eau phéniquée ou de permanganate de potasse au 100e. Il introduit aussi, par l'orifice de sortie, un second tube qui communique avec un ballon aspirateur. De cette manière, on établit à travers la plaie un courant continu de liquide antiseptique qui la lave et la débarrasse des corps étrangers.

Puis, un peu plus tard, le membre est renfermé dans un manchon de caoutchouc où l'on fait le vide, de manière à ce que, s'appliquant sur toute la surface du membre, tout en permettant à l'aspiration de continuer sur les deux orifices de la plaie maintenus ouverts par deux portions de tube.

Ordinairement le travail de cicatrisation marche très régulièrement et très vite. Mais, quelquefois, il reste dans la plaie quelques débris qu'il importe de faire sortir au moyen d'une ouverture directe.

M. Jules Guérin déclare avoir guéri ainsi douze plaies en séton pendant le siège de Paris.

—

M. LE PRÉSIDENT annonce que le bureau a reçu une lettre de M. le docteur Glénard (de Lyon) dans laquelle ce médecin demande à rectifier les chiffres contestés dans le rapport de M. Léon Colin, relativement à la mortalité comparative par la fièvre typhoïde dans l'armée française et dans l'armée allemande.

Le bureau, considérant que, aux termes du règlement, M. le docteur Glénard étant étranger à l'Académie, n'a pas le droit d'intervenir dans une discussion pendante devant elle, ni par conséquent de discuter les termes d'un rapport lu par l'un de ses membres, a décidé qu'il ne serait pas donné lecture de la lettre de M. Glénard en séance publique.

M. BOULEY demande que l'Académie, dans un esprit de libéralisme et de justice, autorise la lecture de cette lettre. Des chiffres apportés à la tribune de l'Académie par M. Glénard ont été contestés dans le rapport de M. Colin; M. Glénard demande à les rétablir, disant qu'ils ont été mal interprétés par M. le rapporteur; M. Bouley pense qu'il est de l'intérêt de l'Académie, de son renom de libéralisme et de justice, d'entendre la lecture de cette lettre qui, du reste, sera demain publié par tous les journaux.

M. LE PRÉSIDENT déclare que l'Academie est maîtresse de son ordre du jour; mais il lui paraît prudent de ne pas créer un précédent de ce genre, qui ne peut se faire d'ailleurs qu'en violation d'un article du règlement. Les colonnes de la presse sont ouvertes à M. Glénard qui est libre d'y faire insérer sa lettre, mais il n'a pas le droit d'intervenir dans une discussion académique.

M. J. GUÉRIN dit que l'Académie ayant commis la faute d'accorder la parole à M. Glénard sur une discussion pendante devant elle, doit subir les conséquences de sa faute et autoriser la lecture de la lettre de M. Glénard.

M. Maurice PERRIN déclare qu'il y a là une question de principes. S'il est admis une fois qu'un médecin étranger peut intervenir dans une discussion ouverte devant l'Académie, il n'y aura plus de séance régulière possible. Que M. Bouley prenne à son compte la lettre de M. Glénard et en assume la responsabilité devant l'Académie en s'en servant dans la discussion.

M. LEGOUEST demande que la lettre de M. Glénard soit renvoyée à la commission, qui en tiendra compte dans un supplément de rapport.

M. Moutard-Martin fait observer que cette lettre étant une discussion du rapport faite sans droit par un médecin étranger à l'Académie, il n'y a pas lieu de la renvoyer à la commission.

De toutes parts : L'ordre du jour ! l'ordre du jour !

M. le Président met aux voix la proposition de l'ordre du jour qui est adoptée à une grande majorité.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Léon Colin.

M. le Président donne lecture des conclusions du rapport de M. Léon Colin.

M. Bouley demande que la discussion des conclusions du rapport soit renvoyée à la prochaine séance.

M. le Président fait observer que l'Académie, en votant l'ordre du jour, s'est opposée par cela même, au renvoi demandé par M. Bouley. La discussion est donc ouverte sur les conclusions du rapport.

M. Jules Guérin a la parole sur ces conclusions. Il montre que le rapport établit une distinction nominale entre les fièvres continues et les fièvres typhoïdes. Or, M. Jules Guérin a présenté dernièrement à l'Académie un travail dans lequel il a fait voir que l'on avait ainsi séparé arbitrairement deux périodes de la même maladie et que la plupart des maladies dites fièvres continues n'étaient que des fièvres typhoïdes. Dans la fièvre typhoïde, en effet, il existe, comme d'ailleurs, dans toutes les maladies miasmatiques ou virulentes, une période *prémonitoire*, qui ne doit pas être séparée de la maladie dont elle n'est que le développement initial et la représentation incomplète, l'expression encore atténuée et bénigne. La distinction établie entre les maladies continues et les fièvres typhoïdes est arbitraire et elle a pour conséquence une double confusion au point de vue de la pathogénie et à celui de la thérapeutique.

On comprend, par exemple, que les médecins allemands, ou les médecins lyonnais qui appliquent la médication par les bains froids, dès la période initiale ou prémonitoire de la fièvre typhoïde, comptent 90 p. 100 de succès, tandis que les autres médecins qui attendent, pour commencer ce traitement, que la maladie soit arrivée à sa période la plus grave, perdent 20 à 30 ou 40 p. 100 de leurs malades. Il doit y avoir, pour la fièvre typhoïde, la même différence que pour le choléra, selon qu'il est traité dès le début ou, au contraire, quand il est passé au bleu.

M. le Président : Personne ne demande plus la parole sur les conclusions du rapport ?

M. Tarnier fait observer que si la lettre de M. Glénard doit être publiée, il serait mieux d'attendre cette publication, afin que l'Académie, ayant sous les yeux tous les documents, pût se décider en connaissance de cause.

M. le Président : Comme le Mémoire de M. Glénard a fait un peu de bruit, que l'on a accepté sans trop de réflexion les chiffres peut-être contestables sur lesquels il s'appuie, il importe que l'Académie se prononce le plus promptement possible sur la valeur de ce document.

M. Bouley : Je demande la parole ! L'orateur explique qu'il a été provoqué à prendre la parole par ce que vient de dire M. le président. Il croit accomplir un acte de justice en prenant en main la défense de M. Glénard. Il raconte comment ce médecin de Lyon, fait prisonnier par les Prussiens pendant la guerre de 1870-1871, rencontra à Stettin, où il avait été interné, un médecin allemand qui, par une rare exception, était doué de beaucoup d'humanité, et, chose plus étrange encore, animé d'une grande sympathie pour la France. Cette sympathie entraîna celle de M. Glénard envers ce médecin et devint le point de départ de relations scientifiques entre eux. M. Glénard le suivit dans son service d'hôpital et le vit appliquer aux malades atteints de fièvre typhoïde une méthode de traitement dont l'emploi fait avec toute la rigueur de la discipline allemande, discipline trop peu usitée en France, lui parut donner les plus heureux résultats, et tels qu'ils étaient absolument inconnus dans notre pays.

Revenu à Lyon, M. Glénard s'empressa de faire connaître cette méthode, et animé du feu du prosélytisme qu'inspire une conviction sincère, il parvint à décider plusieurs médecins des hôpitaux de Lyon à l'employer d'après les règles rigoureuses de l'inventeur. Un administrateur intelligent consentit à faire les dépenses nécessaires d'installation ; et voilà comment, à Lyon, la plupart des médecins des hôpitaux mirent en pratique la méthode de Brand et en obtinrent des résultats semblables à ceux publiés par les médecins allemands. Ces résultats sont d'autant meilleurs que la méthode est employée suivant les préceptes rigoureux indiqués

par Brand, et que l'on s'y prend, pour l'appliquer, de très bonne heure et dès le début de la maladie.

La faveur dont jouit, auprès des médecins de Lyon, la méthode de Brand, n'est pas une affaire d'engouement et de vogue passagère ; voilà douze ans déjà que cette médication a été introduite dans les hôpitaux lyonnais et qu'elle continue à y être pratiquée avec les mêmes effets avantageux.

Si ailleurs on n'a pas obtenu les mêmes résultats, c'est que, suivant M. Glénard, on n'a pas suivi les errements de la méthode dans toute leur rigueur et que l'on ne s'est pas placé dans des conditions comparables.

Les médecins qui, en France, ont suivi les indications formulées par l'inventeur de la méthode, en ont recueilli les mêmes fruits. En Algérie, où la fièvre typhoïde a présenté, dans ces dernières années, l'extrême gravité constatée dans le rapport de M. Léon Colin, en Algérie, un de nos médecins militaires, le docteur Longuet, voyant la mortalité effrayante de la fièvre typhoïde traitée par les médications ordinaires, s'est décidé à appliquer la méthode de Brand et, sur 52 malades, il n'a eu, depuis, qu'un seul cas de mort. D'autres médecins militaires se sont ralliés à la nouvelle méthode, en suivant ses indications rigoureuses, et s'en sont également bien trouvés.

Il est donc du devoir de l'Académie de ne pas se prononcer avec trop de promptitude sur une question de si haute importance. M. Bouley demande qu'elle nomme une commission d'enquête chargée d'étudier la méthode aux lieux même de son origine.

Il serait bien étrange que les médecins allemands eussent pendant vingt ans, les médecins lyonnais pendant douze ans, persisté dans l'application de cette médication, si elle ne leur eût pas donné des résultats avantageux capables de compenser les soins, les peines, les fatigues qu'exige son emploi consciencieux, lequel réclame tant de courage, de hardiesse et de persévérance attentive de la part des médecins qui la prescrivent et des infirmiers qui l'exécutent.

Ce n'est point par l'ironie ou l'indifférence et l'inertie dédaigneuses qu'il convient, suivant M. Bouley, de répondre à l'appel fait par la médecine lyonnaise, dont M. Glénard s'est fait le porte-parole énergique et convaincu, mais par la nomination d'une commission d'enquête chargée d'aller étudier en Allemagne même une méthode qui donne de si beaux résultats, dans une maladie si grave et si difficile à guérir.

M. Léon Colin rappelle que la commission, dans son rapport, a expressément mis hors de cause la méthode de Brand, dont elle n'a pas du tout entendu se déclarer l'adversaire. Le rapport n'a eu d'autre but que de rectifier des chiffres qui lui ont paru erronés et de nature à jeter l'effroi dans le public.

M. Glénard, dans son travail, donnait le chiffre de 40 p. 100 comme indiquant celui de la mortalité de la fièvre typhoïde dans l'armée française. La commission s'est livrée à un travail de contrôle, et a montré que ce chiffre si élevé tenait à ce que l'on ne faisait pas figurer dans la totalisation des cas de fièvre typhoïde ceux inscrits sous la rubrique *fièvre continue*, et qu'en tenant compte de ces cas, le chiffre réel de la mortalité tombait à 14 p. 100. C'est là, suivant M. Colin, le chiffre sinon absolu, du moins le plus probable de la mortalité de la fièvre typhoïde dans l'armée française. Cependant il avoue que, dans des travaux antérieurs, en dépouillant avec soin les statistiques contenues dans les rapports des médecins militaires, il était arrivé à un coefficient de mortalité relativement élevé, c'est-à-dire de 20 à 21 p. 100.

Encore une fois, le rapport de la commission n'a pas voulu se prononcer sur la valeur de la méthode de Brand ; elle a dit, dans son rapport, qu'il fallait tenir grand compte des faits relatés de divers côtés sur les résultats heureux signalés par l'emploi de cette médication, particulièrement des faits annoncés par les médecins allemands, comme aussi des résultats obtenus par les médecins de Lyon et par quelques médecins militaires qui, depuis un certain nombre d'années, mettent en pratique, dans notre armée d'Afrique en particulier, le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

M. le Président propose à l'Académie de voter les conclusions du rapport de M. Léon Colin.

M. Henri Roger fait observer que l'Académie ne peut pas voter sur des conclusions purement scientifiques ; il s'agit ici d'une question de chiffres et l'Académie n'a pas à se prononcer sur la question de savoir lequel de M. Glénard ou de M. Léon Colin a tort ou raison.

M. le Président répond qu'il est dans les usages de l'Académie de voter sur les conclusions des rapports qui sont lus devant elle; en conséquence, il croit devoir mettre aux voix les conclusions du rapport de M. Léon Colin : Que ceux, dit-il, qui sont d'avis d'adopter ces conclusions veuillent bien lever la main.

Aucune main ne se lève à l'appel de M. le Président. (Hilarité générale partagée par M. le Président lui-même.)

La parole est ensuite donnée à M. Germain Sée pour la continuation de son discours sur le traitement de la fièvre typhoïde. Nous donnerons l'analyse de ce discours dans notre prochain numéro.

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER

Par décision ministérielle, en date du 10 janvier 1883, l'administration du personnel des médecins et pharmaciens inspecteurs est centralisée au cabinet du ministre de la guerre (bureau de la correspondance générale). Toutes les affaires concernant ces hauts fonctionnaires doivent donc être adressées désormais sous le timbre de ce bureau.

Nécrologie. — M. le professeur Charles Sédillot, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, ancien professeur au Val-de-Grâce, ancien directeur de l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg, est décédé hier matin, à Sainte-Menehould, à l'âge de soixante-dix-neuf ans.

L'inspectorat des eaux minérales devant le Sénat. — Le Sénat, dans un moment où les bancs étaient vides, a mis en délibération, comme une sorte de hors-d'œuvre, le projet de loi sur l'inspectorat des eaux minérales.

Sur l'article 1er, qui supprime le droit du médecin inspecteur à des émoluments quelconques M. Camparan a proposé la suppression des médecins inspecteurs eux-mêmes, ce qui lui semblait une conséquence logique de l'article 1er de la loi ; de plus, il a soutenu que les fonctions d'inspecteur consitutaient un privilège et ne rendaient aucun service. Le rapporteur de la commission, M. Parent, s'est placé, pour combattre l'amendement de M. Camparan, sur le terrain purement financier et administratif. M. Dupré, sénateur des Hautes-Pyrénées, est intervenu dans le débat pour demander au ministre du commerce s'il tiendrait l'engagement pris par son prédécesseur d'apporter une loi de réforme d'ensemble pour les eaux thermales. M. Pierre Legrand a promis de présenter bientôt un projet de loi qui changera la législation actuelle En attendant il a prié le Sénat de repousser l'amendement de M. Camparan,

L'amendement a été rejeté et le projet de loi est adopté en première délibération. (*Gaz. méd. de Paris,*)

Service médical de nuit. — Le *Bulletin municipal officiel* a reproduit récemment les tableaux statistiques dressés par M. le docteur Passant, résumant les visites faites par le Service médical de nuit pendant le 4e trimestre de 1882, et pendant l'ensemble de l'année 1882.

Jusqu'à présent, les médecins et sages-femmes qui ont bien voulu participer à ce service ont touché uniformément, quel qu'ait été le motif de la visite, une somme de 10 francs. Le Conseil municipal, dans sa dernière session, a décidé que ces honoraires seraient portés à 20 francs lorsqu'il y aurait eu un accouchement.

L'ordre de service ci-après a été par suite imprimé et distribué :

« Lorsqu'un médecin ou une sage-femme faisant partie du Service médical de nuit sera « appelé pour un accouchement, le gardien de la paix le conduira à la maison du requérant, « lui donnera un *bulletin de statistique* à remplir et rentrera au poste aussitôt après.

« Le lendemain, le médecin ou la sage-femme devra se présenter à ce poste et y produire « le *bulletin de statistique*, sur lequel il mentionnera si l'accouchement a eu lieu ou non. « Dans l'affirmative, un bon de 20 francs lui sera délivré ; dans la négative, il recevra un « bon de 10 francs seulement, comme pour une visite ordinaire.

« L'Administration profite de cette circonstance pour appeler l'attention de MM. les méde- « cins du service de nuit sur la nécessité de remplir exactement et lisiblement les *bulletins* « *de statistique* que leur remettent les gardiens de la paix. »

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

LA SYPHILIS CÉRÉBRO-SPINALE ET LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE D'ÉPREUVE.

(Hôpital Tenon. — Service de M. TENNESON.)

Encéphalopathies syphilitiques. — Hémiplégie apoplectiforme. — Epilepsie. — Délire. — Syphilis cérébrale et syphilis médullaire. — Difficultés du diagnostic : il est possible, probable ou certain. — Traitement spécifique d'épreuve. — Son utilité et ses indications.

Parmi les acquisitions de la neuro-pathologie moderne, fort peu assurément ont plus rapidement fait leur chemin dans l'opinion médicale que la syphilis cérébro-spinale. Nous sommes donc loin du temps où Hunter et Astley Cooper accordaient aux centres nerveux le privilège de l'immunité à l'égard du virus syphilitique. Et même sans remonter si avant dans l'histoire de la médecine, naguère encore, en 1861, M. Lasègue ne considérait-il pas ces manifestations comme « rares, indécises et formant tout au plus un appendice » à la pathologie de la syphilis.

Aujourd'hui il n'en est plus de même. En France, M. Fournier et l'école de la Salpêtrière, à l'étranger, Cross, Buzzard, Pellizari (1) et d'autres médecins encore, ont établi la fréquence relative de ces épisodes et le rang légitime qu'ils doivent occuper dans l'évolution des accidents syphilitiques.

Ainsi donc, rares et indécis, il y a quelque vingt ans, ils sont maintenant fré-

(1) A. Fournier. *La syphilis du cerveau*, 1879. — Buzzard. *Aspects of syphilitic nervous affections*, 1874, Londres. — Cross. (*American journal of syphil.*, 1872, t. III.) — Broadbent. (*The Lancet*, 1874, t. I, p. 187, et 1876, t. II, p. 739.) — Jackson. *Intra cranial syph.* (*The Lancet*, 1880, t. I, p. 275.) — Dowse. (*Brit. med. Journ.*, 1880, p. 661.)

FEUILLETON

CAUSERIES.

Il est certain que les malades que nous recevons dans notre cabinet ont droit, non seulement à nos meilleurs conseils sur le cas qu'ils viennent nous soumettre, mais encore à un accueil suffisamment gracieux, afin de ne point leur laisser soupçonner la tentation qui pourrait nous venir quelquefois de leur appliquer une formule d'un fréquent usage : ceux qui me consultent me font honneur, ceux qui ne me consultent pas me font plaisir. Il faut éviter cependant que la courtoisie envers les clients, et surtout les clientes, dépasse les limites d'une urbanité de bonne compagnie, sous peine d'entraîner quelque mésaventure, comme celle qui a coûté la vie récemment à un praticien des environs de Londres. Une dame sortit de chez lui en jetant les hauts cris, et déclarant qu'elle allait porter plainte à tous les personnages en perruque qui rendent la justice là-bas, parce que le médecin en question l'avait embrassée trois fois au cours de la consultation. Trois fois ! Ce chiffre, malgré sa vertu d'être impair, porta malheur au trop galant confrère. Il était associé avec un autre médecin; il paraît que ces associations sont fréquentes en Angleterre, où l'on se met souvent à deux pour l'exploitation d'un fonds de clientèle, avec une raison sociale, quelque chose comme le magasin des *Deux Magots*. Donc, l'associé (celui qui n'avait pas embrassé) profita du scandale qui se faisait autour des plaintes de la dame, pour imposer à l'inculpé la rupture de l'association, la restitution des bénéfices et un dédit considérable. L'aventure tourna au tragique, car le malheureux ainsi frappé dans sa considération et dans ses moyens d'existence, se suicida.

Le plus triste en cette affaire, c'est que l'associé survivant paraît avoir exploité la situation

quemment notés et diagnostiqués au grand bénéfice des malades, qui retirent des profits incontestables de la médication spécifique.

Il n'est guère, en effet, de services hospitaliers où, chaque année, on ne rencontre des encéphalopathies ou des affections médullaires syphilitiques. C'est ainsi que, durant le court espace de trois mois, M. Tenneson a pu, dans la seule salle Bichat de l'hôpital Tenon, faire étudier à ses élèves une série de quatre cas de cette nature. Chez ces malades, le diagnostic différentiel était d'autant plus obscur, qu'on était privé de tout renseignement sur leurs antécédents, et qu'il n'existait aucune manifestation syphilitique contemporaine. On se trouvait, par conséquent, dans des conditions favorables pour juger de la valeur du traitement spécifique d'épreuve, en faire un véritable critérium du diagnostic et une justification nouvelle du banal et classique aphorisme : *Natura morborum ostendunt curationes.*

Le premier de ces malades était entré dans la salle Bichat avec tous les symptômes de l'hémiplégie vulgaire consécutive à une attaque d'apoplexie. L'ictus hémorrhagique, l'absence de ces troubles nerveux variés, qui préludent habituellement aux grandes attaques d'hémiplégie syphilitique, le défaut de lésions spécifiques antérieures, en un mot, toutes les allures cliniques de cette maladie, engageaient le médecin à en faire une hémiplégie vulgaire. On ne pouvait même, légitimement la classer parmi celles qu'on a qualifiées de *suspectes*. Cependant, elle était du nombre de ces accidents tardifs de la syphilis *ignorée*. L'expectation avait été la méthode de traitement, et le malade attendait son placement à l'hospice des Incurables.

Un épisode inopiné devait modifier le diagnostic et faire instituer le traitement spécifique d'épreuve. En effet, le malade éprouva une attaque convulsive que rien ne faisait prévoir, et qui inspira des doutes sur la nature de l'affection. Le mercure et l'iodure furent alors administrés. Dans l'espace de quelques jours, la motilité était revenue, le malade guéri et la nature syphilitique de l'affection clairement démontrée. Et cependant, il avait été pour un moment considéré comme incurable ! Il le serait devenu à la suite d'une expectation plus prolongée et en l'absence d'nne médication aussi opportune qu'efficace.

Voici un autre paralytique. Il est peu avancé en âge (1), et la sénilité ne

(1) V. Gzor, cité par M. Fournier. *Etudes pour servir à l'histoire des maladies consécutives à l'infection syphilitique* (*Schmidt's Jahrb.*, 1859 et *Nordsk. mag.*, t. XI). — Fournier. (*loc. cit.*, p. 470.) — Broadbent. (*The Lancet*, 1876, t. II, p. 739.)

---

pour effrayer l'autre et se débarrasser de lui, en excitant la plaignante qui faisait dans toute la contrée un bruit épouvantable avec ses trois baisers. L'enquête aurait recueilli des témoignages dignes de foi, d'où il résulterait que la dame trois fois embrassée n'avait pu manquer de rendre la politesse à son interlocuteur, ce qui atténuait singulièrement la culpabilité d'icelui. Et le fin mot de l'histoire, c'est qu'il s'agissait tout simplement d'une hystérique qui, embrassée ou non, s'était livrée ensuite à un de ces dévergondages de récit, et peut-être d'imagination, pour lesquels les malades de cette espèce ont un penchant irrésistible. On a déjà bien écrit et bien disserté sur l'hystérie, et il y a toujours quelque chose à en dire, même après les descriptions si fouillées de notre collaborateur le docteur Huchard, dont on a pu lire ici des fragments, et où sont bien mises en relief les bizarreries de caractères et les perversions psychiques inséparables de la grande névrose féminine. Je dis féminine, bien qu'une récente publication du docteur Debove ait confirmé d'autres faits déjà connus, et démontrant l'existence de l'hystérie chez l'homme, avec quelques-uns de ses troubles les plus caractéristiques. Malgré cela, l'hystérie chez l'homme restera toujours exceptionnelle ; tandis que véritablement, parmi les femmes, les exceptions sont celles qui ne sont pas hystériques. Ai-je besoin d'ajouter, ce qui devrait être entendu une fois pour toutes, qu'il n'y a pas de méprise possible sur l'acception du mot hystérie, et que la signification qui lui est le moins applicable est précisément celle où veut toujours l'entendre le vulgaire ? Vous aurez beau faire et accumuler les démonstrations, le bourgeois devant lequel vous prononcerez le mot d'hystérie vous regardera d'un air malin et en clignant de l'œil, et si vous lui affirmez que c'est une névrose et rien qu'une névrose, que l'on soigne et qui ne prête pas à la plaisanterie, il prendra un air de plus en plus malin pour vous dire que ce n'est pas à lui qu'il faut en conter de cette force-là. Passe encore pour le bourgeois, auquel on peut laisser ses illusions, jusqu'au jour où

peut ici jouer aucun rôle dans l'étiologie des troubles nerveux. Des phénomènes d'excitation psychique, sous forme de délire agité, ont ouvert la scène, et se sont bientôt accompagnés d'attaques épileptiformes. On est par conséquent en présence de lésions cérébrales dont la nature est indécise. Une hémiplégie gauche de la face et des membres survient alors et, comme chez un malade de Bravais (1), se montre simultanément avec une paralysie de la troisième paire à droite, cette paralysie *par excellence* (Fournier) de la syphilis, dont M. Ricord faisait « la signature de la vérole sur l'œil d'un malade » (2).

Cette coïncidence, peu fréquente assurément, de la paralysie oculaire à droite et de l'hémiplégie gauche était sans doute l'indice de lésions bilatérales de la base de l'encéphale. Elle donnait bien à ces accidents une sorte d'analogie avec les cas d'*hémiplégie double* de la syphilis cérébrale observés par Jakson, et par d'autres médecins. L'ensemble de ces troubles nerveux, leur marche, leur localisation, étaient certainement des signes de présomption en faveur de la spécificité. Le traitement d'épreuve pouvait seul transformer cette probabilité en certitude.

En effet, sous son influence le délire disparut rapidement, les attaques convulsives s'espacèrent et la motilité redevint normale. Il est vrai que l'intelligence reste affaiblie; mais cette persistance de l'obnubilation intellectuelle ne prouve pas contre la nature syphilitique des accidents : elle indique tout au plus que des altérations cérébrales permanentes ont eu le temps de s'établir, comme il arrive souvent, quand la médication est tardivement employée.

Ces deux malades étaient des paralytiques syphilitiques : le troisième était atteint de phénomènes épileptiformes de même nature. Les attaques convulsives étaient fréquentes, mais ne s'accompagnaient ni de perte de connaissance, ni de la douleur céphalique des épilepsies symptomatiques. Cette épilepsie était tardive par son apparition dans l'âge adulte (3) et *circonscrite* par sa localisation sur quelques

(1) Bravais. *Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplégique*, Thèse de Paris, 1827.

(2) Godart. *De la paralysie du nerf moteur oculaire commun, considérée surtout au point de vue syphilitique*. Strasbourg, thèse inaug., 1865.

(3) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1877, p. 351. — Fournier. *Epilepsie syph. tertiaire*, 1874. — Dreschfeld. (*The Lancet*, 1877, t. I, p. 269.) — Broadbent. (*The Lancet*, 1874, t. I, p. 265.) — Dowse. (*The Practionner*, p. 273, 1878, t. II.) — Reynolds. « *Syst. of med.*, t. II, p. 284. »

---

ayant épousé une femme hystérique, il verra par lui-même si cela lui procure beaucoup d'agrément. Mais dans la pratique, cette déviation absurde et invétérée du sens exact du mot hystérie peut entraîner des conséquences fâcheuses, et on ne saurait trop recommander aux jeunes médecins de ne jamais le prononcer dans les familles, et de prendre toujours des détours. Une dame d'un âge mûr et des sentiments les plus corrects, avec une pointe de dévotion, vous consulte pour des malaises auxquels elle est sujette : elle a souvent très grand mal à la tête, ce qui la tourmente, car la femme de son jardinier est devenue folle et avait aussi des migraines; parfois elle sent encore quelque chose qui l'étouffe, et un de ses oncles est mort d'une maladie de cœur; enfin elle pleure facilement, pour des malheurs qu'elle s'imagine et qui ne lui sont jamais arrivés. Vous voilà sur la piste (on y serait à moins); vous enfoncez subrepticement une épingle dans le bras gauche de votre malade, qui ne s'en aperçoit nullement, et vous la rassurez en lui disant que son mal n'a point de gravité, que c'est seulement de l'hystérie. Toute la gravité est pour vous, qui passez pour avoir dit une inconvenance, une énormité, et l'on vous met à la porte. A-t-on jamais rien vu de pareil ? Ce docteur qui me dit en face que je suis hystérique ! Mais c'est un polisson; car je sais bien que je ne le suis pas, moi. Et pour avoir fait un excellent diagnostic, vous vous faites une réputation abominable, et vous perdez une bonne cliente.

Ces effarouchements, à propos de mots techniques, me rappellent une drôlerie dont on rit encore dans la maison où elle arriva : Une vieille femme de chambre, très prude, était souffrante, et le médecin appelé la trouve dans son lit, la tête presque entièrement cachée sous les couvertures. Il s'approche, et lui dit, avec quelque solennité : « Eh bien, voyons, montrez-moi donc votre *facies!* » La vieille, toute ahurie, le repousse avec indignation et se renfonce de plus belle, jurant que jamais elle ne consentirait à montrer une chose pareille.

muscles de la face (1). Conséquemment les convulsions rentraient dans la catégorie des pseudo-épilepsies de M. Lasègue et des épilepsies partielles et conscientes de M. A. Fournier.

Dans l'intervalle des accès, la maladie se traduisait par des vomissements fréquents et incoercibles, de la gène persistante de la parole, de l'obscurcissement de la mémoire et de l'amblyopie, tous accidents en rapport avec des altérations ou des irritations de l'écorce cérébrale. Ces troubles moteurs et sensoriels pouvaient bien faire soupçonner une encéphalopathie syphilitique; mais la médication spécifique était le seul moyen d'en vérifier la légitime existence.

Sous l'influence de l'iodure de potassium et du mercure, les accidents s'atténuèrent, les vomissements cessèrent; les attaques diminuèrent en intensité et en fréquence; la parole revint; la mémoire ainsi que les fonctions visuelles et auditives retrouvèrent leur intégrité normale.

Le quatrième malade n'était pas un cérébral. Les lésions avaient la moelle épinière pour siège. Autrefois déjà il avait été atteint de troubles ataxiques, d'ailleurs passagers; de sorte que les phénomènes tabétiques actuels constituent une rechute. Mais cette rechute s'accompagne d'hallucinations sensorielles de la vue et de l'ouïe. Le traitement mixte, par son efficacité, démontra leur nature. Le malade éprouvait donc les manifestations spinales d'une syphilis jusque-là méconnue, comme ce tabétique soigné par M. Gailleton, dont l'histoire et la guérison ont été rapportées par M. Jullien (2).

Que conclure de ces faits cliniques? Sinon, qu'étant donné l'absence de signe pathognomonique, la variabilité des troubles sensitivo-moteurs et la mutabilité des allures de la syphilis cérébro-spinale, le traitement spécifique peut-être. comme dans d'autres maladies, la véritable pierre de touche du diagnostic. Que l'encéphalopathie syphilitique, soit une hémiplégie de forme *comateuse* ou bien

(1) Jackson. *A study of convulsions.* (*Trans of St-Andrews Assoc.*, 1870, t. III, et *Congrès de Londres*, 1881.)

(2) Fournier. *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.* — Cayla. *Etudes critiques sur les rapports étiologiques de la syphilis et de l'ataxie*, Bordeaux, thèse inaug. 1882. — A. Mathieu. *Un cas d'ataxie unilatérale d'origine syphilitique. Sensation subjective de mauvaise odeur.* (*Ann. de dermat. et de syph.*, 25 décembre 1882, p. 724.) — Pusinelli. *Ataxie locomotrice et syphilis* (*Archiv. für. psych. u. s. w.*, XII; 3.) — Desplats. *Ataxie locomotrice d'origine syphilitique.* (Société médicale des hôpitaux, 10 novembre 1882.)

Pour en revenir aux hystériques, l'aventure que j'ai racontée et qui les a mises sur le tapis prouve que le tête-à-tête avec elles n'est pas toujours sans dangers, et qu'il y a lieu de s'en méfier. Des idées si baroques leur passent par l'esprit, qu'elles pourront vous accuser publiquement de toutes les noirceurs, et soutenir leurs affirmations avec cette ténacité qu'elles mettent dans le mensonge. Car l'amour du mensonge est le fait capital dans l'état moral des hystériques, comme l'anesthésie et la boule sont leurs symptômes communs dans l'ordre sensitif. On ne se figure pas les inventions saugrenues dont elles sont capables. En voici une, par exemple, qui pendant un temps annonçait tous les jours à quelques intimes que son existence lui était devenue insupportable, qu'elle allait partir par le dernier train, et qu'on ne la reverrait plus jamais. Elle a manqué tous les trains, comme c'était à prévoir. Et cette autre encore, ceci est à peine croyable, ne s'est-elle pas imaginée, pendant sa dernière grossesse, de laisser entendre que l'enfant n'était point de son mari? Vous me direz que ce sont des choses qui arrivent. Sans doute; mais dans le cas particulier, ce n'était ni vrai ni vraisemblable; c'était pour se rendre intéressante, laisser supposer une intrigue, provoquer la curiosité, sortir de l'ordinaire.

Dans ces dernières années, l'hystérie a fait des siennes et s'est signalé par quelques coups d'éclat. Nous avons eu, il n'y a pas longtemps, la fameuse hystérique de Beaujon, qui a occupé toute la presse et a dû valoir bien des visites de reporters à mon affectionné maître, le docteur Millard. Celle-là, du moins, son hystérie consistait à dormir, et, parmi les femmes nerveuses, ce serait un des types les moins gênants. Il a été reconnu d''ailleurs que l'amour de la mise en scène et l'intérêt provoqué n'étaient point sans influence sur la prolongation du sommeil. Mais l'hystérie a joué un rôle plus sérieux dans certaines causes célèbres. N'était-elle pas hystérique, la femme du pharmacien Fenayrou, pour en être arrivée, après force cas-

apoplectiforme d'emblée; qu'elle soit accompagnée de phénomènes *prémonitoires*, préludes d'une grande attaque de paralysie; que l'évolution des symptômes soit *continue* ou *intermittente*; que les accidents prennent la forme de l'*épilepsie circonscrite*, ou même, ce qui est rare, de l'épilepsie *névrosique*; qu'ils consistent dans des phénomènes d'*aphasie*, ou des troubles *psychiques*; ou bien encore, qu'au lieu d'être cérébrale, la maladie soit *spinale* ou *tabétique*; peu importe. La nature de l'affection syphilitique est toujours *possible*; elle est souvent *probable*. Elle ne devient *certaine* que par l'emploi et l'efficacité du traitement spécifique. Même encore, dans l'hypothèse, quelquefois vérifiée, d'accidents syphilitiques se développant sur un individu en puissance de troubles cérébro-spinaux d'origine non spécifique, le traitement d'épreuve n'aura-t-il pas son utilité? Assurément, puisqu'il jugera la question.

Aussi, dans le service de M. Tenneson, les *cérébraux* et les *spinaux* sont soumis, dès les premiers temps de leur séjour à l'hôpital, à un traitement d'épreuve par la médication mixte. Cette méthode est légitimée par la clinique; les faits précédents en sont la preuve. Elle est encore justifiée par la statistique; car, 8 à 9 fois sur 10, les épilepsies et les hémiplégies des adultes sont de nature spécifique (Fournier). Elle n'est donc pas seulement indiquée chez les cérébraux et les spinaux qu'on soupçonne en puissance de syphilis; elle est autorisée, dans le doute, chez d'autres malades, puisqu'elle éclaire le diagnostic, et qu'elle peut, comme moyen thérapeutique, procurer des succès inespérés.

De plus, on doit préférer le traitement mixte (1), parce qu'il faut intervenir avec énergie; parce que, bien loin de s'exclure et d'être antagoniste, l'action du mercure s'ajoute à celle de l'iodure; parce que, enfin, au témoignage de l'expérience clinique, cette association est souvent efficace là où l'iodure *seul est impuissant*.

Le traitement mixte n'est pas tout cependant; s'il possède une incontestable valeur, l'hygiène des malades n'a pas une moindre importance. M. Tenneson défend donc sévèrement tous les excitants du système nerveux, bains minéraux, douches, électricité, et les considère comme nuisibles; leur proscription

(1) M. Tenneson administre, chaque jour, deux cuillerées à soupe (20 grammes) d'une solution ainsi formulée : *biiodure de mercure*, 0,10 centigrammes; *iodure de potassium*, 10 grammes; *eau*, 200 grammes. Chaque cuillerée est prise après un repas et contient 0,01 centigramme de sel mercurique et 1 gramme d'iodure alcalin. Ces doses sont suffisantes, pourvu qu'elles soient continuées pendant un temps assez long.

---

cades, à préparer si ingénieusement le meurtre de son amant par son mari? De toutes les perversions du sens moral auxquelles peut conduire la névrose, voilà bien une des plus terribles. Dans cette affaire, du moins, les faits matériels ne laissaient aucun doute; ils étaient avoués par tous les coupables, et si la perpétration du crime avait été horrible, les témoignages ne pouvaient être suspectés. Le cas est autrement grave lorsqu'une hystérique comparaît devant la justice comme agent révélateur ou témoin principal, et que le sort des inculpés dépend de ses déclarations. C'est, il me semble, un devoir des plus impérieux pour le médecin légiste que de faire connaître aux juges dans quelle suspicion doit être tenu le témoignage de toute femme entachée d'hystérie. On se souvient du lamentable procès qui fut raconté partout sous le nom des scandales de Bordeaux. C'étaient des hommes, entourés jusque-là de la plus grande considération, accusés et condamnés pour des faits d'immoralité qu'il est inutile de rappeler. Leur complice était une servante, et toute l'affaire roulait sur ses révélations. Il a été démontré, au cours des débats, qu'elle était fortement hystérique. On appréciera tout le péril d'une telle situation, si l'on songe à quel point les hystériques se complaisent dans le mensonge, combien elles y sont habiles, avec quelle fertilité d'imagination elles inventent, et quelle force de persuation elles apportent dans leurs récits. Je crois me souvenir d'ailleurs que ce point capital a été mis en lumière à Bordeaux, par un de nos confrères de l'armée, appelé comme expert. Elles aiment le mensonge pour lui-même, comme on aime la vérité. Et le mensonge devient facilement calomnie ou accusation odieuse.

On connaît l'expérience qui se fait à la Salpêtrière et qui constitue l'hallucination provoquée. Une hystérique étant hypnotisée, on lui suggère la vision d'un objet imaginaire; on la réveille, et elle continue à voir le même objet et à le décrire, elle reste en quelque sorte fixée dans cette hallucination artificielle. Le même phénomène se produit pour les opérations intel-

serait même une cause des succès obtenus dans des cas où d'autres avaient échoué auparavant, malgré l'emploi de doses élevées de mercure et d'iodure alcalin.

La guérison définitive est-elle la terminaison habituelle et en quelque sorte la sanction de ce traitement? Non, assurément. Les accidents disparaissent, les améliorations sont plus ou moins persistantes; mais les récidives de ces troubles cérébro-spinaux sont à peu près constantes, quand on peut suivre ultérieurement les malades. Il existe ici ce qu'on observe dans d'autres grands processus morbides spécifiques, et on ne doit pas plus affirmer la guérison définitive de la syphilis que celle du paludisme. On peut faire disparaître seulement certaines de leurs manifestations, et les accidents syphilitiques cérébro-spinaux sont de ce nombre.

Ces réserves n'atténuent pas cependant l'importance et la valeur du traitement spécifique d'épreuve dans la syphilis des centres nerveux. Par cela même que le diagnostic est toujours obscur et souvent indécis, on est en droit et en devoir de faire appel à des moyens même détournés, pour arriver à découvrir la vérité. C'est qu'après tout, en clinique, comme dans les autres recherches scientifiques, ainsi que le disait Montaigne, « la vérité est chose si grande que nous ne devons négliger aucune entremise qui nous y conduise. » Ch. ÉLOY.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 janvier 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

M. le docteur Poincaré adresse une note relative à l'influence, sur la respiration, d'un air chargé de vapeurs de pétrole. Il résulte des expériences qu'il a entreprises sur des animaux divers que le seul animal qui soit peut-être sensible à l'influence du pétrole, c'est le cobaye. Encore ce dernier a-t-il pu rester un an et même deux ans, dans une atmosphère pétrolée, avant de mourir. Les autres n'ont rien éprouvé du tout. Ça n'est, comme on le voit, pas bien effrayant.

M. Mascard a remis une note, à M. le Secrétaire perpétuel, sur l'orage magnétique du 17 novembre dernier, déjà signalé par M. Janssen, et qui s'est fait sentir dans le même moment à Paris et au cap Horn.

lectuelles que pour les impressions sensorielles. L'invention une fois conçue, l'hystérique s'y attache et finit par la considérer comme vraie. Et cela peut mener loin. Témoin une autre affaire, où l'on vit un médecin, ayant occupé les plus hauts grades dans le corps de santé militaire, traduit devant la cour d'assises de la Seine pour tentative d'avortement. Je me hâte d'ajouter qu'il fut acquitté, que les sympathies et l'estime de tous ceux qui l'avaient connu l'accueillirent à la sortie de l'audience, comme elles n'avaient cessé un seul instant de lui rester acquises. L'histoire était toute simple. Une ouvrière avait été le consulter pour une de ces mésaventures utérines qui fourmillent dans le monde de la galanterie, haute, moyenne et basse; d'où examen et exploration *secundum artem*. La consultation est ensuite racontée à l'atelier, et les hystéries s'y influencent réciproquement; on bâtit alors au grand complet le récit des manœuvres abortives, introduction d'une sonde, sensation de piqûre, écoulement de sang, douleurs, etc. La patronne qui, pour être patronne, pouvait n'en être pas moins hystérique, recueille toutes ces fables et les colporte dans le quartier; le bruit s'en répand, le ministère public, auquel il faut des crimes et des criminels, s'empare de la chose et la justice informe. S'il plaît à une modiste, à laquelle vous aurez appliqué le spéculum et cautérisé des granulations, de vous faire une bonne farce et de raconter que vous l'avez fait avorter, rien n'empêche que vous subissiez jusqu'aux dernières rigueurs de la loi. Il est cependant difficile de donner toutes ses consultations devant témoin, car le secret professionnel pourrait en souffrir. Mais en principe, méfiez-vous des hystériques, *cave hysteriam*, et des travestissements dont le public sait affubler les choses les plus simples, surtout quand ce public se compose de sujets chez lesquels la fiction de la folle du logis est une absolue réalité. Un jour, je fus appelé auprès d'un malheureux qui venait de se couper la gorge et respirait à peine. Comme il fallait lui faire boire quelque chose, ce qu'on eut le plus vite sous la main fut une infusion de menthe, dont il absorba quelques gorgées avant de rendre le dernier soupir. A

M. Gall revient sur une communication, précédemment faite, à propos de la concentration de l'alcool renfermé dans une vessie. Si la vessie est plongée dans un air sec, l'alcool peut se concentrer, en perdant de l'eau; si, au contraire, elle est plongée dans un air saturé de vapeurs aqueuses, c'est l'alcool seul qui pourra s'évaporer et son degré s'abaissera. Il nous semble que cela avait été dit déjà et nous n'apercevons pas sur quel point précis porte la nouvelle note de M. Gall.

Madame Francœur, veuve du professeur à l'Ecole des Beaux-Arts, et belle-fille de M. Francœur qui fut membre de l'Académie des sciences, désireuse de perpétuer le nom de son beau-père dans les séances de l'Académie, donne une rente annuelle de 1,000 francs, en 3 p. 100, pour fonder un prix qu'elle désire voir accorder dès cette année même. A cet effet, elle a envoyé, indépendamment du capital, une somme de 1,000 fr. représentant une année d'intérêts d'avance. M. Jos. Bertrand annonce qu'il a reçu aujourd'hui même l'autorisation d'accepter cette donation. En conséquence, l'Académie nomme, par la voie du scrutin, une commission de cinq membres qui sera dite : commission du prix Francœur. Le prix devra être accordé soit à un jeune géomètre ayant besoin d'encouragement, soit à un vieux géomètre dans le besoin.

Un télégramme, reçu au commencement de la séance, apporte la triste nouvelle de la mort du professeur Sédillot. Il s'est éteint lundi, 29 janvier, à neuf heures du matin, sans souffrance. M. le président, se faisant l'interprète de la douleur de l'Académie, rappelle les longs et honorables services rendus par M. Sédillot, à la chirurgie militaire, dans la chaire de la Faculté de Strasbourg et dans les hôpitaux de cette ville. Il rappelle aussi l'énergie et le zèle déployés par M. Sédillot pendant les terribles épreuves du siège de Strasbourg. C'est en partie pour l'en récompenser que l'Académie l'éleva du rang de correspondant à celui de membre titulaire.

La parole est ensuite donnée à M. Tisserant, qui rend compte de sa mission à la Martinique, où il avait été envoyé pour observer le passage de Vénus sur le Soleil.

M. Faye, à propos de certains phénomènes que présentent les taches du Soleil, fait voir l'analogie exacte qui existe entre ces phénomènes et ceux des trombes que nous observons dans notre atmophère.

M. le professeur Vulpian, après avoir rappelé que M. Brown-Séquard a étudié le premier ce qui se passe chez les cochons d'Inde dans l'oreille desquels on verse du chloroforme, expose les phénomène que l'on observe chez des lapins quand on introduit dans leurs oreilles du chloral hydraté. Loin d'être passagers, comme ceux dont a parlé M. Brown-Séquard, les troubles notés par M. Vulpian sont permanents; le premier qui se produit, au bout de très

---

quelque temps de là, j'entendis par hasard un paysan raconter mystérieusement que j'avais prescrit un breuvage au suicidé, et que tout de suite après en avoir pris, il était mort; ce qui était bien extraordinaire, et laissait à penser que j'avais tout simplement achevé le mourant.

L'hystérie, qui n'avait pas besoin de causes nouvelles pour s'entretenir, aurait trouvé cependant un excitant de plus dans la machine à coudre, dont on a signalé les méfaits. Les efforts musculaires, la trépidation de l'appareil provoqueraient des accidents nerveux chez les ouvrières, et il existe des observations d'ataxie dont l'origine semble se rattacher clairement à ce genre de travail longtemps continué. Il faut dire que la même machine est susceptible aussi de rendre nerveux, et même enragés, ceux qui l'ont simplement dans leur voisinage, et en perçoivent le bruit et les secousses du matin au soir. La machine à coudre, comme instrument pathogénique, a peut-être son pendant pour l'homme dans le vélocipède. Je connais le cas d'un vélocipédiste fervent qui en a éprouvé toute sorte d'inconvénients. Des troubles vagues du mouvement et de la sensibilité dans les membres inférieurs; puis une impuissance persistante, que rien ne justifiait par ailleurs; des furoncles par séries interminables, et enfin une orchite pour le couronnement de l'édifice. Les efforts musculaires, et la compression du périné sur le siège très étroit du vélocipède, expliquent rationnellement quelques-uns de ces accidents. Ce serait donc rendre service à tous ceux qui usent du vélocipède, et à ceux qui n'en usent pas, mais se bornent à les recevoir dans les jambes, que de faire ressortir les dangers de cette machine, dont la manœuvre présente d'ailleurs les plus grandes analogies avec celle de la machine à coudre, fût-ce la véritable Singer et Cᵉ de New-York.

Après tout, le vélocipède est peut-être un des procédés par lesquels se développera l'hystérie chez l'homme. Il y en a par ci par là beaucoup de symptômes dans l'air. Et alors, quelle revanche si l'hystérie changeait décidément de sexe! Voilà assez longtemps que les maris ont des femmes hystériques; il n'y aurait que justice que ce fût un peu le contraire.

LUBANSKI.

peu de temps, est un râle trachéal parfaitement entendu à distance, et qui précède les trachéo-bronchites et les broncho-pneumonies auxquelles succombent les lapins en expérience ; à l'autopsie, on trouve tout l'arbre respiratoire rempli de pus, il en est comme bourré, à ce point qu'on ne comprend pas comment la respiration a pu s'effectuer. Dans quelques cas, il n'y a pas de pus, mais toute la muqueuse bronchique est revêtue d'une fausse membrane, d'apparence diphthéritique. Au bout d'un mois, lorsque la vie se prolonge jusque-là, les animaux, pour peu qu'on les pousse, tournent sur eux-mêmes avec une rapidité incroyable, ainsi que dans la maladie de Ménière.

M. Fremy demande si le chloroforme a été employé par M. Vulpian chez les lapins, comme il l'avait été par M. Brown-Séquard chez les cobayes. Il le demande parce que le chloroforme se transforme rapidement en chloral.

M. Vulpian répond qu'il n'a pas employé le chloroforme. Il ajoute que le cérumen, très abondant dans l'oreille des lapins, s'opposerait à l'introduction du chloroforme. — Comment, demanderions-nous à notre tour, ne s'oppose-t-il pas à l'introduction du chloral hydraté?

M. Vulpian dépose, en outre, sur le bureau, le rapport lu par M. Colin, du Val-de-Grâce, à l'Académie de médecine dans sa dernière séance, sur le traitement de la fièvre typhoïde. Nos lecteurs connaissent ce rapport, nous n'y insistons pas. Nous retiendrons seulement de ce qu'a dit M. Vulpian, le fait nouveau que voici : D'après la statistique de M. le docteur Frantz Glénard, relative aux succès obtenus à Lyon, dans la pratique civile, par la médications des bains froids, la mortalité s'élèverait à 9 pour 100. M. Vulpian a fait faire aujourd'hui même le relevé des cas de mort constatés à l'Hôtel-Dieu de Paris, sur 1,000 cas de fièvre typhoïde dans ces derniers temps. La mortalité n'a été que de 6 et quelques centièmes pour cent. Elle est donc inférieure à celle de Lyon. Le savant professeur fait observer que les statistiques, pour être tout à fait comparables, devraient tenir compte d'une foule d'éléments extrêmement complexes, tels que le climat, le degré de réceptivité des malades, les habitudes en tant que nourriture, boisson, logement, etc., des habitants des pays où l'on observe. Tout cela est fort difficile; mais enfin, on peut, de ce qui précède, tirer la conclusion que les traitements en usage à Paris, traitements dans lesquels le sulfate de quinine joue le principal rôle, ne sont certainement pas inférieurs comme résultats, au traitement de Brand par l'eau froide.

M. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1883. — Présidence de M. Hardy.

DISCOURS DE M. GERMAIN SÉE.

L'orateur, après ce que vient de dire son collègue M. Bouley, en faveur de la méthode de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, croit devoir présenter quelques observations à ce sujet.

Depuis la dernière séance de l'Académie, M. Sée a reçu des documents qui démontrent qu'à Lyon même la déclaration faite par M. le docteur Glénard, au nom des médecins des hôpitaux de Lyon, a soulevé des protestations de la part de médecins et de cliniciens de premier ordre, parmi lesquels MM. Teissier père et fils, M. Bondet, etc., qui n'ont point signé la fameuse déclaration portée par M. Glénard à la tribune de l'Académie.

Cette déclaration ne contient, d'ailleurs, aucuns chiffres indiquant les résultats obtenus. D'après M. Bondet, quand on interroge les partisans de la méthode sur ce point, on est frappé du peu de concordance entre les résultats particuliers accusés par chacun d'eux. Plusieurs de ceux qui l'ont mise en pratique, ou n'en ont pas obtenu de résultats, ou n'ont obtenu que des résultats déplorables. L'un a eu 5 morts sur 34 cas, un autre 5 sur 20, bien que le traitement ait été commencé dès le cinquième ou sixième jour du début de la maladie; 1 malade a été pris de syncope mortelle au sortir du bain froid.

Enfin un médecin déclare qu'il n'a jamais eu autant de morts par fièvre typhoïde que depuis qu'il a eu recours à la médication par les bains froids.

Suivant M. Sée, la méthode de Brand est incertaine tant dans son mode d'application que dans ses résultats; elle expose aux dangers les plus redoutables. Il lui préfère de beaucoup une autre méthode à la fois plus sûre et inoffensive qui se compose de deux agents principaux: le sulfate de quinine et l'alcool.

Le sulfate de quinine a été mis au premier rang des divers modes de traitement de la fièvre typhoïde par un médecin qui, suivant M. Sée, a le plus et le mieux vu et traité d'individus atteints de cette maladie, le docteur Liebermeister (de Bâle). Ce praticien, qui emploie beaucoup les bains froids concurremment avec le sulfate de quinine, a déclaré que s'il avait à

choisir entre ces deux modes de traitement, il n'hésiterait pas à opter pour le sulfate de quinine. Il est très permis de croire que ce dernier médicament est pour beaucoup dans les résultats si favorables obtenus par M. Liebermeister, dont la statistique accuse seulement une mortalité de 9 p. 100.

M. Germain Sée regrette de n'avoir pas une statistique considérable à offrir en faveur de la méthode qu'il vient recommander à l'attention des praticiens, et qui consiste dans l'emploi combiné du sulfate de quinine et de l'alcool. Cela se comprend puisqu'il n'a commencé à employer cette médication que depuis trois ou quatre mois. Mais les résultats qu'il a obtenus sont remarquables et tout à fait dignes d'attirer l'attention. Ses recherches lui ont démontré que le sulfate de quinine est un agent antithermique, qu'il possède la faculté d'enrayer les oxydations organiques, enfin qu'il exerce sur le cœur et les vaisseaux une action tonique des plus favorables.

Le sulfate de quinine est un antithermique comme le bain froid, mais il n'a pas, comme ce dernier, l'inconvénient grave d'augmenter les combustions organiques, si bien que pour obtenir, par le bain froid, une réfrigération sérieuse de l'organisme, il faut abaisser la température du bain au-dessous de 18 degrés, mais alors on achète cette réfrigération au prix des plus grands risques, de congestions pulmonaires, d'hémorrhagies pulmonaires ou intestinales, de collapsus, etc.

Le sulfate de quinine n'a pas ces inconvénients et ces dangers; il abaisse sûrement la température et d'autant mieux que cette température a été plus élevée par la fièvre. Cette propriété est très difficile à mettre en lumière sur l'individu bien portant. Elle se révèle surtout dans l'état fébrile.

Mais, pour obtenir ce résultat, il faut de la quinine bien pure, ce qui, paraît-il, est devenu aujourd'hui une rareté.

M. le docteur Laborde, qui a eu grandement raison de jeter le cri d'alarme, a prouvé que le sulfate de quinine du commerce se trouve mélangé avec le sulfate de cinchonine dans la proportion de 43 à 44 p. 100. Or, on sait que l'action thérapeutique de la cinchonine est beaucoup inférieure à celle de la quinine, tandis que son action toxique est beaucoup plus considérable.

Étant donné du sulfate de quinine pur, si on l'administre à la dose de 1 gramme à 1 gramme 20 seulement, on n'obtient à peu près aucun résultat sur la température, tandis qu'en doublant la dose, en la portant, par exemple, à 2 grammes ou 2 grammes 20, on voit aussitôt la chaleur tomber notablement. Ou ne doit pas, suivant M. Sée, dépasser la dose de 2 grammes 20, car le sulfate de quinine, à la dose de 3 à 4 grammes, par exemple, a produit très souvent des effets toxiques; un malade est mort, dans son service, à la suite de convulsions qu'il croit devoir attribuer à de trop hautes doses de sulfate de quinine.

M. Sée donne le sulfate de quinine deux fois par jour, le matin et le soir, à la dose de 1 gramme chaque fois. Il a remarqué que, lorsque la dose de 2 grammes ou 2 grammes 20 était divisée en un plus grand nombre de fractions, les effets étaient nuls ou à peu près. Il attribue le défaut d'action du médicament, dans ce cas, à son élimination trop rapide qui ne lui permet pas d'être à aucun moment, dans l'organisme, en quantité suffisante pour déterminer des effets sensibles.

Par ce *modus faciendi*, M. Sée obtient non seulement une augmentation de la rémission matinale, grâce à la dose du soir, mais encore une diminution de l'exacerbation vespérale, grâce à la dose du matin. Liebermeister, lui, ne donne le sulfate de quinine que le soir, afin d'augmenter la rémission du matin.

La médication doit être continuée pendant plusieurs jours de suite pour soutenir les effets du sulfate de quinine, toujours trop facile à l'élimination.

Le médicament est généralement bien supporté; il n'y a d'exception que pour les malades qui ne supportent plus rien et qui sont arrivés à un degré tel de dépression, d'adynamie, que tout l'organisme est devenu insensible et incapable de réaction physiologique.

Dans tous les cas où il a employé ce médicament, M. Sée a obtenu une diminution de 1 degré à 1 degré 1/2 de température, dans les vingt-quatre heures. Ce résultat est conforme à celui qui a été constaté par les bons observateurs, en particulier par Liebermeister.

Cet abaissement de la température, obtenu par le sulfate de quinine, s'explique très simplement par la propriété que possède ce médicament de diminuer les oxydations organiques, diminution qui se révèle à l'analyse par la moindre quantité d'acide carbonique exhalé et d'urée excrétée.

Mais l'action la plus remarquable exercée par le sulfate de quinine, celle qui, pour M. Sée, prime toutes les autres, est l'action de ce médicament sur le cœur et les vaisseaux.

La fièvre détermine une diminution plus ou moins considérable de la tension intra-cardiaque et vasculaire, qui se traduit par le dicrotisme du pouls. Le dicrotisme est toujours

proportionné à l'élévation de la température du corps. Le sulfate de quinine, à la dose de 2 grammes par jour, a pour effet de ramener à la normale la tension cardio-vasculaire, ainsi que le démontrent les tracés sphygmographiques et cardiographiques. L'énergie des contractions du cœur est manifestement augmentée. Toutes les expériences, toutes les observations faites sur les animaux et sur l'homme, sains ou malades, ont donné exactement les mêmes résultats, c'est-à-dire qu'elles ont mis en relief la merveilleuse propriété que possède le sulfate de quinine de faire cesser la diminution de pression produite par l'élévation de la température, et d'augmenter la tension du sang dans le cœur et les vaisseaux.

Avec le sulfate de quinine, il n'y a donc pas à craindre, comme avec le bain froid, ni le collapsus du cœur, ni l'angoisse respiratoire, ni les hémorrhagies intestinales. On peut continuer cette médication pendant 8 et même 15 jours sans redouter aucun de ces graves accidents.

L'alcool agit dans le même sens que le sulfate de quinine et l'on peut le donner concurremment avec ce dernier pendant toute la durée de la maladie. Loin d'être, comme on l'a prétendu, un agent d'hyperthermie, qui brûle dans l'organisme et qui le brûle, il constitue, au contraire, un moyen d'épargne, car il est le modératenr des combustions, des oxydations organiques, il empêche la désassimilation des tissus, la dénutrition de l'organisme.

Comme le sulfate de quinine, l'alcool produit la diminution de la température du corps, ainsi que le démontrent très nettement toutes les expériences faites sur l'homme et les animaux sains ou malades.

L'alcool est donc, comme le sulfate de quinine, un sous-oxydant; il diminue la proportion d'acide carbonique exhalé et d'urée excrétée; il économise les substances introduites dans l'organisme, il modère les déchets des combustions, l'usure des tissus; en un mot, c'est un médicament d'épargne. D'autre part, il soutient les forces, il stimule les fonctions nerveuses, il est à tous les points de vue le congénère, et, si l'on peut ainsi dire, le cousin germain du sulfate de quinine.

Comme ce dernier, il convient donc parfaitement dans le traitement de la fièvre typhoïde, et ces deux agents combinés constituent une médication efficace et inoffensive que l'on peut, sans inconvénient, continuer du premier au dernier jour de la maladie.

(La discussion sera continuée; M. le Président a annoncé que M. Peter prendrait la parole sur la question des bains froids.)

BIBLIOTHÈQUE

Séance de rentrée de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie et de l'Ecole supérieure des sciences et des lettres, de Nantes. — 1882.

Chaque année, l'administration supérieure, dans une brochure officielle, rend compte de cette intéressante solennité, qui se termine par la distribution des prix aux élèves de l'Ecole de médecine et de pharmacie. Nous avons cette brochure sous les yeux pour l'exercice de 1882.

La première chose qui attire l'attention, c'est le personnel de l'Ecole de médecine. Il est difficile de se représenter une liste plus honorable et plus complète d'hommes d'élite, capables de donner un enseignement brillant et utile. Aussi, quand, par la pensée, on rapproche de cette savante réunion, la population considérable de la grande ville, le mouvement animé et les éventualités morbides du commerce et de l'industrie, les beaux hôpitaux où les élèves vont puiser l'instruction médicale et chirurgicale, on comprend les vœux qui sont formés pour que l'Ecole de médecine de Nantes devienne une Faculté. La *Faculté de médecine de l'Ouest* remplirait utilement une véritable lacune.

M. le professeur Andouard, chargé du discours qui forme chaque année le fond de la solennité, avait choisi un sujet d'un immense intérêt, l'éloge de Bobière, d'un savant qui parti de rien, sans fortune, est arrivé, par son travail, son courage et sa haute intelligence, à la première position scientifique de Nantes, mais qui, malheureusement pour la science et pour la grande ville à laquelle il a rendu de si éminents services, est mort avant l'âge. Cet éloge est tracé d'une manière remarquable, et l'on ne pouvait pas présenter un plus noble exemple aux jeunes élèves.

Un professeur de l'*Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres*, M. Laroque, a captivé à son tour l'attention de l'auditoire par des détails intéressants sur l'école utile dont il est le directeur et dont ses efforts tendent à agrandir l'enseignement.

Mais à la fin de la brochure qui nous occupe, nous trouvons un cri d'alarme. Le jeune et distingué professeur qui a fait le rapport sur les prix décernés aux élèves de l'Ecole de méde-

cine, rappelant les espérances que le titre d'*Ecole de plein exercice* avait fait naître, et faisant allusion aux incroyables changements apportés dans le mode de passage des examens de doctorat, regrette le bel avenir qui s'offrait à l'Ecole de Nantes et qui lui échappe : « Nos élèves, dit-il, obligés d'aller à Paris à la fin de chaque année pour subir leurs examens, sont naturellement portés à nous abandonner définitivement pour s'épargner ces voyages continuels et se rapprocher de leurs juges qu'ils ont intérêt à connaître. Beaucoup d'entre eux perdent ainsi les avantages que nous pouvons offrir aux étudiants, tels que la facilité des dissections et des études cliniques dans les services de l'Hôtel-Dieu, avantages très réels, car tous ceux qui ont étudié à Paris savent qu'à moins d'être interne ou externe des hôpitaux, il est fort difficile de se procurer des sujets de dissection et fort difficile aussi d'approcher des malades, surtout dans les hôpitaux du centre. Nous, en province, nous sommes outillés pour donner une bonne éducation clinique, pour faire des praticiens. »

Il est de toute évidence que forcer les élèves d'aller à Paris à la fin de chaque année pour subir leurs examens, c'est ruiner l'Ecole à laquelle on a décerné le titre illusoire d'Ecole de plein exercice ; et, quand l'Ecole ainsi abaissée est celle de Nantes, c'est une faute administrative de haute gravité. Il serait si facile, en tout cas, et si utile pour les élèves, de déléguer un des professenrs de la Faculté de Paris pour venir à Nantes présider les deux premiers examens de doctorat, qui avaient été accordés en principe !

G. RICHELOT père.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 19 au 25 janvier 1883.— Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,112. — Fièvre typhoïde, 56. — Variole, 14. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 42. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 8. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 41. — Phthisie pulmonaire, 216. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchites aiguës, 41. — Pneumonie, 79. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 24; au sein et mixte, 20; inconnus, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 128 ; circulatoire, 79 ; respiratoire, 83 ; digestif, 37; génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 4. — Morts violentes, 25. — Causes non classées, 7.

CONCLUSIONS DE LA 4e SEMAINE. — Il a été enregistré cette semaine 1,258 naissances et 1,112 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,116, 1,099, 1,122, 1,135. Le chiffre de 1,112 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc légèrement inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

A l'égard des affections épidémiques ou contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente, fait ressortir :

Une aggravation pour la Diphthérie (42 au lieu de 37), et pour l'Erysipèle (8 au lieu de 5)

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (56 décès au lieu 68), la Rougeole (11 au lieu de 14), la Scarlatine (2 au lieu de 4).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux, accuse; une aggravation pour la Fièvre typhoïde (146 admissions pendant la semaine du 15 au 21 janvier, au lieu de 135 pendant les 7 jours précédents), et une atténuation pour la Variole (15 au lieu de 19), et la Diphthérie (16 au lieu de 29).

Pour être fixé sur le caractère actuel de l'épidémie typhoïdique, il convient de rapprocher du chiffre des admissions, signalé plus haut, celui des décès survenus pendant ces dernières semaines, du fait de la Fièvre typhoïde. Ces décès relevés, dans les trois précédents bulletins ont été au nombre de 71, 69, 68. La décroissance est continue, quoique lente. Elle s'est un peu plus accentuée pendant la semaine écoulée, puisque le chiffre des décès dus à la Fièvre typhoïde est tombé à 56.

La Phtisie pulmonaire et les maladies de l'appareil cérébro-spinal fournissent à la mortalité un contingent toujours croissant. La première a fait cette semaine 215 victimes, 13 de plus que la semaine précédente. Par contre, nous sommes heureux de constater une diminution très notable du nombre des décès (44 au lieu de 63) causés par l'athrepsie ou gastro-entérite des jeunes enfants.

On peut remarquer que devant les omissions de certaines mairies à nous envoyer en temps utile leurs renseignements concernant les enfants mis en nourrice, il nous est impossible, cette semaine, de tirer des conclusions exactes du mouvement qui s'exerce à cet égard.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — Dans le supplément encarté dans le bulletin de ce jour, nous

donnons le relevé des visites faites et des maladies observées pendant le dernier trimestre de l'année dernière par le service médical de nuit. Nous devons à l'obligeance de notre confrère, M. le docteur Passant, des renseignements statistiques sur le fonctionnement du service en 1882. Ces renseignements trouveront nécessairement place dans l'Annuaire; en voici, dès à présent, le résumé.

Le service médical de nuit est assuré par 658 médecins et 185 sages-femmes qui ont été appelés pendant l'année écoulée 6,891 fois, soit 2,476 pour des malades hommes, 3,400 fois pour des femmes, 1,015 fois pour des enfants.

Ce service suit une progression constante. En 1876, date de son institution, le nombre des visites a été de 3,916. Ce chiffre s'est rapidement élévé à 5,282 en 1879, 6,341 en 1880, enfin nous venons de voir qu'il a été de 6,891 en 1882.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Société protectrice de l'Enfance. — *Bal annuel d'enfants, paré et costumé.* — La Société protectrice de l'enfance, dans le but de venir en aide aux pauvres mères nourrices et à leurs petits enfants, donnera le dimanche gras, 4 février, à 1 heure de l'après-midi, dans les salons de l'Hôtel Continental, son bal annuel d'enfants, paré et costumé, au profit de l'œuvre. Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à conduire leur jeune famille à cette charmante fête de bienfaisanee. L'orchestre sera dirigé par son excellent chef, M. Desgranges, et les danses par l'habile professeur, M. Desrat.

Prix du billet : 3 fr. On en trouve à l'Hôtel Continental et au siège de la Société, rue des Beaux-Arts, 4.

Ecole de médecine d'Arras. — La mesure qui vient de frapper ladite école est basée sur ce considérant :

« Considérant que l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras est actuellement hors d'état de donner l'enseignement, tel qu'il est déterminé par les décrets et règlements. »

Conseil d'hygiène publique et de salubrité. (Séance du 19 janvier 1882, présidence de M. le docteur Lagneau, vice-président.) — Après la lecture du procès-verbal de la séance précédente, le Conseil reçoit communication ministérielle par laquelle, sur la proposition de M. la Préfet de Police, MM. les docteurs Bourneville et Loiseau ont été nommés membres du Conseil d'hygiène pour l'année 1883, en leur qualité de membres du Conseil général de la Seine.

Plusieurs rapports, concernant des établissements industriels de 1re, 2e et 3e classes, sont ensuite lus et approuvés.

Puis il est donné lecture d'un rapport du service d'inspection des établissements classés, relatif à un accident intervenu à l'usine Lesage, à Maisons-Alfort. Un ouvrier, en nettoyant une cuve de décantation, est tombé asphyxié. L'autopsie et l'analyse du sang ont démontré que la mort était due à une intoxication par l'hydrogène sulfuré. Cet accident est survenu après deux heures de travail dans la cuve, et il est très vraisemblable qu'il doit être attribué au dégagement brusque d'une grande quantité de gaz emprisonné jusque-là dans une sorte de poche formée par les matières solides et brisée par l'instrument employé au nettoyage.

Le service d'inspection (M. le docteur G. Pouchet) proposait différents moyens de désinfection pour prévenir le retour de semblables malheurs. Le Conseil, après discussion, a pensé que cette question très délicate devait être examinée de près, et il a chargé de cette étude une Commission composée de MM. Pasteur, Brouardel, Cloëz, Armand Gautier et Lancereaux.

— Par décret, en date du 26 janvier 1883, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve ; MM. les docteurs Morel, Pellotier Chayron, Sénat, Boutiron, Jumon, Monnier, Gustiniani, Savornin et Lecœuvre.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

OBSERVATION D'UN CAS DE PURPURA HEMORRHAGICA SUIVI DE MORT,

Lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 27 janvier 1883,

Par le docteur ROUGON.

Le purpura hémorrhagique, dit M. le docteur Barthélemy, chef de clinique de l'hôpital Saint-Louis, dans une « note pour servir à l'histoire des purpuras » (in *Archives générales de médecine*, décembre 1882), est une maladie trop importante et trop grave, les cas en sont trop rares, pour qu'il ne soit pas utile d'en publier toutes les observations.

Voici une observation recueillie en juin 1882. Nous la ferons suivre des réflexions qu'elle comporte :

M. X..., officier général du commissariat de la marine, âgé de 64 ans, ayant toujours vécu dans d'excellentes conditions hygiéniques, a été atteint, en 1872, d'un anthrax à la nuque. En 1877, étant à Paris, M. X... réclame nos soins pour un panaris du pouce, survenu à la suite d'une légère écorchure. Il est à remarquer que M. X... revient de Taïti, qu'il n'a jamais eu de fièvre intermittente; sa constitution est bonne; pas de polydipsie, pas de polyphagie, pas de polyurie. La quantité d'urine ne dépasse pas un litre un quart. L'analyse accuse 33 grammes de sucre pour 1,000. Saison à Vichy; traitement approprié. Diminution très marquée dans la quantité de sucre. M. X... prend du service à l'île Bourbon, revient en France en 1879, six mois après retourne à Bourbon et arrive de nouveau à Paris au mois d'avril 1882.

Durant la période 1877 à 1882, le santé de M. X..., qui vit dans d'excellentes conditions, se maintient bonne. Sa correspondance accuse des variations dans la quantité du sucre qui, au mois de mars 1882, est de deux grammes par litre.

M. X..., à son arrivée à Paris en avril 1882, éprouve un violent chagrin. Revenant du pays lointain qu'il habite, il apprend en montant les escaliers de son appartement, la mort de sa fille. A cette peine s'ajoutent encore les inquiétudes se rattachant au changement de position que doit amener pour lui la limite d'âge, et plus d'une fois nous rencontrons M. X... en proie à un grand abattement moral.

Le 31 mai 1882, un mois après son arrivée, M. X... est pris d'une hématurie très abondante. Le pouls est à 65, la température axillaire à 37°. Eu égard au séjour de M. X... dans une colonie de l'Afrique, nous pensons tout d'abord qu'il s'agit de la maladie connue sous le nom d'*hématurie de Bourbon*, d'*hématurie des pays chauds*. Nous ne perdons pas cependant de vue que M. X... est glycosurique; M. X... a, en outre, la prostate excessivement volumineuse. Dans ces conditions, nous demandons le concours de M. le docteur Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

L'analyse des urines, faite par M. Duroy, donne les résultats suivants : Densité, 1012. L'examen microscopique du dépôt où caillot dénote l'existence de globules sanguins, de fibrine, de cristaux d'acide urique ; pas de leucocyte; 100 grammes de liquide donne un coagulum brun, comprenant les globules, la fibrine et l'albumine du sang. Ce coagulum, lavé et desséché, pèse 1 gr. 30, soit 13 grammes pour 1000.

Le dosage donne pour 1 litre : urée, 9 gr. 40; acide phosphorique des phosphates, 1 gr. 26; chlorure de sodium, 6 gr. 60. Traces de glycose. Coagulum sanguin desséché, 13 gr.

En résumé : urine rouge vineux, mousseuse, alcaline, de faible densité, contenant en suspension et à l'état de sédiment de nombreux globules sanguins, de la fibrine, quelques cylindres urinaires, des petits graviers d'acide urique en notable quantité. Le coagulum, comprenant la fibrine, les hématies et l'albumine du sang, est considérable.

1er juin : l'hématurie est très abondante; pas de fièvre. Le malade se plaint d'une douleur, plutôt de la gêne à la région scapulaire droite. Nous constatons, avec M. le docteur Le Dentu, de la tuméfaction au niveau de la fosse sous-épineuse et s'étendant au-dessous et en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate; empâtement dénotant l'existence d'un épanchement; pas de rougeur et de chaleur à la peau de la région. Sur l'abdomen, quelques taches : les unes bleuâtres, les autres violacées; quelques taches sur les cuisses; ces diverses taches n'occupent point le pourtour des bulbes pileux. Les gencives sont saines; pas de fongosités, pas de gonflement, pas de fétidité de la bouche et de l'haleine. Le pouls est à 64. Souffle anémique au cœur et aux gros vaisseaux. Pas d'augmentation de volume du foie et de la rate.

Le sujet n'a jamais éprouvé, dans l'enfance et plus tard, d'épistaxis, d'hémorrhagies après la chute ou l'évulsion des dents. Les antécédents ne fournissent aucune indication se rattachant à l'hémophilie. Le diagnostic formulé est celui-ci : *Cas grave de purpura hemorrhagica.*

Les 4, 5, 6 juin, l'hématurie continue très abondante. La suffusion sanguine s'étend sur la paroi sacro-lombaire droite, le scrotum, la verge; pâleur de la face, pas d'œdème des extrémités inférieures; Pouls à 66, faible; T. 37°.

La médication suivie jusqu'à ce jour comprenait : potion à l'ergotine; ratanhia; quinquina; sirop de perchlorure de fer; limonade sulfurique et citrique; fruits acides; potion de Todd; vin; bouillon concentré; jus de viande.

Nous proposons, sans trop insister, des injections sous-cutanées d'ergotine et une petite piqûre à l'extrémité du doigt (dans le but de procéder à l'examen du sang). Mais M. X..., qui connait les inconvénients du traumatisme chez les diabétiques, repousse toute intervention.

Le 7 juin, les urines s'éclaircissent; le 8 et le 9, pas de sang. La densité du liquide est de 1010; pas de glycose; cristaux d'acide urique; traces d'albumine; traces d'acides biliaires. Large ecchymose à la région scapulaire gauche; la faiblesse est très marquée. Pouls à 60, petit; T. 37°8.

Le 10 juin, l'hématurie reparaît et continue jusqu'au 16. Tuméfaction indiquant un épanchement à la région pectorale gauche.

Les 21 et 22, épistaxis.

Le 25 juin, lypothymie, syncope, faiblesse extrême, pouls à 48. En même temps, le membre inférieur droit acquiert subitement un volume considérable, de la racine du membre à son extrémité, alors que le membre gauche conserve son volume normal; ce phénomène s'accomplit en notre présence. Il n'est pas douteux pour nous qu'il s'est produit là une hémorrhagie, et la coloration prise par les téguments, les jours suivants, confirme cette opinion. Les urines sont rares, sanglantes.

Le 28, le pouls est à 100, faible et petit, la température à 38°. Les urines, claires, contiennent un peu d'albumine.

Les 1er, 2, 3, 4, 5 juillet, le malade est faible, mais continue à prendre avec plaisir des bouillons concentrés, des jus de viande, de la viande crue, des fruits, du tannin, du vin, de l'alcool.

Le 7, au matin, survient de l'hématurie; syncope; augmentation rapide et subite du membre gauche. Le malade conserve toute sa connaissance, et, à sept heures du soir, en se relevant dans le lit pour régler une note, M. X... est pris d'une syncope et meurt. Durée de la maladie, 37 jours.

L'autopsie n'a pas été faite.

RÉFLEXIONS. — Il nous a été donné d'observer le scorbut dans ses formes graves et mortelles. Nous avons suivi pendant vingt ans, sur un ami hémophilique de naissance, toutes les manifestations de l'hémophilie, épanchements sanguins divers, hémorrhagies de toute provenance, épanchements sanguins sous-périostés. Avec ses douleurs articulaires, saignant au moindre choc, à la moindre piqûre, ce sujet était un type d'hémophilie et une partie de son histoire clinique a été relatée dans la thèse du docteur A. Giraudeau : *De l'hémophilie*, Paris, juillet 1866. Nous pouvons donc faire remarquer en connaissance de cause que, si dans le scorbut nous avons observé des suffusions sanguines, des taches, des épanchements inter-musculaires, nous n'avons jamais noté l'hématurie; que les scorbutiques offrent un état cachectique spécial : œdème des extrémités, bouffissure de la face, fétidité de l'haleine, tuméfaction, fongosités, ulcérations des gencives, symptômes qui n'ont pas existé chez notre malade, alors

que ses dents étaient cependant en mauvais état; les taches ne présentaient pas le caractère des *pétéchies folliculaires* propres au scorbut. M. X... avait effectué, il est vrai, un mois avant sa maladie, un voyage au long cours, mais dans les conditions de bien-être et de large existence que lui assurait son grade élevé. Enfin, MM. les docteurs Saint-Vel et Walther, qui ont visité le malade et qui, eux aussi, ont observé le scorbut, ont repoussé ce diagnostic. Quant à l'hémophilie, les antécédents de M. X... ne pouvaient le faire considérer comme un hémophile vrai.

Le diagnostic de *purpura hemorrhagica* est celui porté, dès le premier jour, par M. le docteur Le Dentu et par moi; c'est celui qui a été maintenu dans les visites subséquentes de notre confrère. M. le docteur Le Dentu avait été appelé à intervenir dans le service de M. le professeur Fournier, près du malade dont l'observation est relatée dans la note sur les Purpuras de M. le docteur Barthélemy.

Nous croyons qu'il est encore impossible aujourd'hui d'exposer la pathogénie des purpuras et de les considérer autrement que comme un phénomène symptomatique de divers états morbides.

Dans la classification de Rayer, le cas que nous venons de relater se rangerait dans la classe des *purpura sine febre*. Serait-il symptomatique de la cachexie diabétique ou de la cachexie paludéenne? M. X... avait habité les pays chauds, avait été glycosurique, mais sa constitution ne témoignait point de la cachexie diabétique pas plus que de la cachexie paludéenne. Il ne faut pas cependant négliger l'action déprimante des chagrins qui l'ont assailli à son arrivée.

En résumé, nous avons été en présence d'un *purpura hemorrhagica* vrai, apyrétique, maladie de Werholf dont la forme mortelle est rare.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1882. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE.— Correspondance imprimée.— Présentation d'ouvrages : *De la Résorsine;* M. Desnos. — Continuation de la discussion sur le *muguet de la gorge dans le cours de la fièvre typhoïde :* MM. Damaschino, Duguet, Bucquoy, Guyot, Du Castel, Troisier.— *Corps étranger expulsé par les garde-robes,* par M. Laboulbène. Discussion : M. Duguet. — *Trois cas d'hystérie chez l'homme,* par M. Sevestre.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *Annales de gynécologie.* — *Union médicale et scientifique du Nord-Est.* — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Revue médicale.* — Le *Progrès médical,* — La *Thérapeutique contemporaine.*— *Marseille médical.* — *Journal de médecine de Paris.*— *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Revue médicale de Toulouse.* — La *Loire médicale.* — *Lyon médical.* — *Journal d'hygiène.* — *Bulletin* de la Société de médecine d'Angers. — *Index-catalogue of the Library of the Surgeon-general's office, United states army.* (Vol. III.) — Etc., etc.

—

M. DESNOS présente la thèse de M. le docteur Péradon, intitulée : *Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de la résorcine,* et fait la communication suivante :

Un élève du Service de santé militaire, M. Péradon, a fait, sous ma direction, des recherches sur les propriétés thérapeutiques de la résorcine. La résorcine, comme vous le savez, est un dérivé de la benzine; c'est un corps de même ordre que l'acide phénique. On peut envisager ses propriétés thérapeutiques à un double point de vue.

Premièrement, on peut la considérer comme désinfectant, comme antizymotique.

En second lieu, il y a lieu d'étudier ses propriétés antipyrétiques. C'est comme substance antithermique que nous l'avons expérimentée. Nous l'avons employée dans trois catégories de maladies, à savoir : dans la phthisie pulmonaire, dans le rhumatisme articulaire aigu et dan la fièvre typhoïde.

Dans les deux premières catégories d'états morbides, les résultats n'ont pas été satisfaisants. Dans le rhumatisme articulaire aigu, notamment, nous avons été obligés de renoncer à ce médicament pour revenir au salicylate de soude.

Tout autrement en a-t-il été dans la fièvre typhoïde. En administrant la résorcine d'une certaine manière et à de certaines doses (doses massives), nous avons pu obtenir des abaissements de température très manifestes. Il nous a été possible, par exemple, d'obtenir, de trois heures et demie à huit heures du soir, une chute de 40° à 37°. La température, il est vrai, ne tarde pas à se relever si on cesse l'usage du médicament. Il y a donc dans la résorcine un antipyrétique très formel, qui pourra rendre des services à ceux qui placent l'hyperthermie au premier rang des troubles fonctionnels des maladies aiguës, qui la considèrent comme tenant sous sa dépendance un grand nombre des autres manifestations morbides et qui croient devoir, par conséquent, lui faire une guerre à outrance. Ils trouveront dans cette substance un agent moins dangereux que l'acide phénique; moins difficile à manier, qui doit seulement être donné à des doses plus élevées. Ajoutons qu'elle est moins offensive pour le tube digestif que l'acide phénique. J'ai même observé qu'en la donnant à doses plus élevées et fractionnées, elle triomphe, en certaines circonstances, de quelques-unes de ces diarrhées intenses de la fièvre typhoïde, qui pourraient presque mériter le nom d'incoercibles; alors que les moyens habituellement employés en pareil cas, l'usage du charbon, du sous-nitrate de bismuth, avaient échoué. La résorcine agit, sans doute, comme modificateur de la muqueuse intestinale, en même temps que comme désinfectant des matières fécales, comme antizymotique.

On a également remarqué que l'anémie profonde, dans laquelle tombent plus particulièrement les sujets atteints de fièvre typhoïde et traités par l'acide phénique, ne s'observe pas à la suite de l'usage de la résorcine.

Il ne faut pas croire, toutefois, que cet agent puisse être administré sans précautions. Il pourrait devenir dangereux en plongeant les malades dans un profond collapsus, ainsi que le prouvent des empoisonnements qui ont eu lieu à l'étranger et des expériences entreprises sur lui-même, par M. Péradon, au péril de sa vie. Ce sont ces faits qui ont été consignés dans une thèse qu'il a soutenue avec succès et que j'ai l'honneur d'offrir en hommage à la Société.

Continuation de la discussion sur le *muguet primitif de la gorge dans le cours de la fièvre typhoïde.*

M. DAMASCHINO fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

M. DUGUET : Je profiterai de l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui par la communication de M. Damaschino, pour faire part à la Société de ce que j'ai observé cette année, dans mon service à l'hôpital Lariboisière, au sujet du *muguet primitif* du pharynx; car je crois avoir eu le singulier privilège de pouvoir en étudier un très grand nombre de cas. Ce matin même j'en faisais la récapitulation avec mon interne M. Delpeuch.

Dès le commencement de l'année, je fus à même d'en rencontrer plusieurs exemples chez des malades cachectiques, tuberculeux, cancéreux et même cirrhotiques. Quand survint l'épidémie de fièvre typhoïde, le nombre des muguets de la gorge prit, dans mon service, des proportions incroyables. Il est vrai qu'il m'est arrivé d'avoir à soigner simultanément, dans mes deux salles, jusqu'à 80 malades atteints de fièvre typhoïde.

Dans ma salle d'hommes, j'ai compté environ une quarantaine de cas; dans ma salle de femmes, avec un nombre de fièvres typhoïdes toujours moindre, une dizaine de cas seulement : ce qui constitue pour mon seul service une cinquantaine de cas de muguet primitif de la gorge. J'ajouterai que je me suis trouvé à même d'observer et de faire voir en ville, à plusieurs confrères, 5 à 6 cas de dothiénentéries graves, présentant ce muguet primitif de la gorge absolument identique par ses caractères à celui que je voyais dans le même moment à l'hôpital.

Les malades accusaient tous une dysphagie dépassant en intensité celle que peut donner la sécheresse de la gorge dans la fièvre typhoïde. Beaucoup se trouvaient dans l'impossibilité d'avaler, et la plupart rejetaient les boissons ou même vomissaient. Or, on sait que le *vomissement* n'est pas un accident qui cadre avec la symptomatologie habituelle de la dothiénentérie. En faisant ouvrir la bouche à ces typhiques, on trouvait toujours le voile du palais, rarement la paroi postérieure du pharynx, presque toujours les piliers et les amygdales, quelquefois les parois buccales, les joues et la langue, mais presque jamais les gencives ni les lèvres, couverts d'un enduit blanc, grisâtre, plaqué, peu épais, bordé sur les confins d'un pointillé semblable à des grains de semoule cuits; le tout assez facile à détacher et reposant sur une muqueuse rouge, comme dépouillée de son épithélium. Ces concrétions, toujours confluentes au voile du palais, y formaient des plaques occupant toute la face inférieure du voile et coiffant très souvent la luette. Elles représentaient tellement bien l'image de muguet primitif de la gorge que M. Damaschino vous a présentée ici même en 1880, que j'ai plusieurs fois montré cette planche à mes élèves, en leur faisant remarquer combien la ressemblance avec les cas

que nous avions nous-mêmes sous les yeux était parfaite. Avec cela point d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Chez tous nos malades nous avons pu, très rapidement, souvent en vingt-quatre heures, faire disparaître totalement ces concrétions crémeuses, à l'aide de badigeonnages répétés avec un collutoire au miel rosat boraté ou avec une solution concentrée de bicarbonate de soude. Le lendemain ou le surlendemain, la muqueuse palatine se montrait comme dépouillée, d'un rouge vif, ne présentant plus que quelques points clairsemés de concrétions parasitaires, et, grâce à la continuation des badigeonnages et des lotions à l'eau bicarbonatée, finissait promptement par offrir une netteté parfaite. Mais, chose remarquable, le muguet avait une tendance étonnante à reparaître sur les surfaces qu'il avait précédemment occupées; dans quelques circonstances il était d'une ténacité, dans ses retours offensifs, qui faisait le désespoir de la religieuse de ma salle d'hommes. Or, cette religieuse consacrait chaque jour une heure et demie environ à surveiller et soigner elle-même la gorge de mes malades.

Malgré des soins si attentifs, j'ai failli en perdre deux d'*inanition* causée par le muguet dans les conditions suivantes : Une femme, âgée de 28 ans, avait été atteinte de fièvre typhoïde ataxo-adynamique grave, compliquée, sur la fin, d'une phlébite double des membres inférieurs; un homme, âgé de 35 ans, avait présenté une fièvre adynamique sévère, d'une durée de quatre septénaires également. Tous deux avaient offert, dans le cours de la maladie, ce muguet précoce, tenace, récidivant, et, en fin de compte, ils étaient arrivés à la période de convalescence sans que le muguet ait dit son dernier mot. Depuis plusieurs jours déjà ils étaient sans fièvre; mais il restaient hâves; leur appétit ne se réveillait point, loin de là; ils ne voulaient plus, ils ne pouvaient plus rien prendre, souffraient considérablement pour avaler, rejetaient et vomissaient toute espèce de boisson, le bouillon, le lait, l'eau rougie, tout absolument; ils pâlissaient, se décharnaient à vue d'œil, tombaient dans une faiblesse extrême qui faisait craindre très prochainement une issue funeste, sans qu'aucune des complications ordinaires de la convalescence de la fièvre typhoïde pût être invoquée. Le spectacle était navrant. Persuadé que ce dépérissement rapide devait se rattacher à l'inanition, et celle-ci aux ravages causés par le muguet qui s'était propagé de la gorge à l'œsophage et de là à l'estomac, je ne craignis pas d'alcaliniser outre mesure des malades déjà si compromis, et je leur fis prendre 3 à 4 grammes de bicarbonate de soude à l'intérieur en solution, tantôt dans du lait, tantôt dans de l'eau, tout en continuant les badigeonnages et les lotions alcalines du pharynx.

J'eus la satisfaction de voir, du jour au lendemain, un changement favorable ; il y eu bientôt moins de dysphagie, moins de rejet des liquides; en trois ou quatre jours, mes malades ne vomissaient plus, et prenaient des boissons alimentaires ; en moins de huit jours, le vin, les potages, les œufs étaient supportés, et, au bout de quinze jours, ils étaient sur pied, se nourrissant bien, et récupérant leur écorce musculaire comme les autres convalescents. Tous deux ainsi guérirent parfaitement.

Il y a loin de ces muguets primitifs de la gorge à l'*angine diphthéritique*. Durant l'épidémie qui vient de sévir je n'eus qu'un cas de complication d'angine de cette nature, il y a quelques jours à peine, chez une femme de 29 ans, arrivée à la période de convalescence. Les plaques diphthéritiques, d'un blanc plus nacré, occupaient les mêmes surfaces que le muguet de la la gorge, mais avec des confins non semés de grains blanchâtres rhyziformes. Ici, je vous prie de le croire, les badigeonnages au miel rosat boraté et les solutions alcalines n'ont point fait disparaître les fausses membranes du jour au lendemain, comme nous l'avions vu dans tous nos cas d'angine crémeuse. Elles ont résisté fortement, sans se modifier par les applications réitérées du collutoire et du bicarbonate; elles ont fini cependant par s'amincir et se dissiper à la longue, au bout d'une huitaine de jours, faisant perdre à la malade une partie de sa luette. Aujourd'hui cette femme est entièrement guérie.

M. Bucquoy : J'ai observé un fait qui présente la plus grande analogie avec les deux cas dont vient de parler M. Duguet; il s'agissait d'une fièvre typhoïde chez une jeune fille, dont l'existence a failli être compromise par des accidents que j'ai mis sur le compte de la propagation du muguet à l'œsophage et à l'estomac. Cette malade présenta surtout des troubles gastriques très prononcés qui persistèrent pendant longtemps et elle rendit à plusieurs reprises des fragments plus ou moins volumineux de fausses membranes, presque exclusivement composées d'*oïdium albicans*, ainsi que l'a révélé l'examen microscopique.

M. Guyot : J'ai l'habitude de faire badigeonner les gencives, la bouche et la gorge des malades atteints de fièvre typhoïde avec de l'eau de Vichy. Ces badigeonnages me paraissent utiles, dans le but de prévenir l'apparition du muguet.

M. Damaschino : La relation de M. Duguet est très intéressante; elle confirme ce que j'ai avancé autrefois sur les épidémies de muguet et sur la contagion du muguet.

M. Duguet : On peut, à la rigueur, invoquer la contagion pour expliquer l'apparition du muguet chez un certain nombre de mes typhoïdiques de Lariboisière; mais dans la moitié des cas, au moins, sans parler de ceux que j'ai observés en ville, le muguet s'est développé en dehors de toute influence contagieuse, car les malades présentaient cette complication le jour même de leur entrée dans mes salles.

M. Du Castel : J'attribuerais volontiers l'apparition du muguet, dans ces cas, à une sorte de génie épidémique. Je crois que M. Damaschino restreint un peu trop la question en invoquant, ici surtout, la contagion.

M. Damaschino : Je suis loin de méconnaître les conditions qui président au développement du muguet dans la fièvre typhoïde : affaiblissement de la nutrition, modifications des sécrétions buccales et pharyngées, etc. Mais il n'y a pas d'exagération, il me semble, à considérer les faits observés par M. Duguet comme constituant une petite épidémie locale.

M. Bucquoy : Je suis surpris d'entendre dire que le collutoire au miel rosat fasse disparaître rapidement l'*oïdium albicans*. Je rejette, pour ma part, l'emploi des véhicules sucrés, qui doivent favoriser les fermentations acides et diminuer, par conséquent, l'effet des préparations alcalines.

M. Damaschino : Cela est vrai théoriquement, et c'est en vertu des mêmes considérations que Vogel a substitué la glycérine au miel rosat. Pour ma part, j'emploie maintenant de préférence l'eau oxygénée quand j'en ai; j'ai eu l'idée de l'essayer à la suite de la communication de M. Regnard sur l'action toxique de l'eau oxygénée sur les algues.

M. Troisier : M. Vulpian, que j'ai remplacé à l'Hôtel-Dieu pendant les vacances, emploie dans son service une solution saturée d'acide borique et il obtient d'excellents résultats. Il se sert également d'une solution de borate de soude. Comme M. Bucquoy, et pour les mêmes raisons, il repousse les collutoires sucrés.

—

M. Laboulbène : J'ai l'honneur de présenter à la Société un corps étranger, trouvé dans les garde-robes et qui m'a été remis par un confrère de province. Ce corps offre la plus grande ressemblance avec un ascaride; mais, en le disséquant et en l'examinant au microscope, on voit qu'il s'agit d'un tendon.

M. Duguet : La présentation que vient de nous faire M. Laboulbène offre un intérêt incontestable; elle nous met en garde contre certaines causes d'erreur. J'observe en ce moment, dans mon service à Lariboisière, un fait analogue. Il s'agit d'une jeune femme hystérique, qui se croit habitée par une série d'animaux malfaisants; cette croyance repose toutefois sur quelque chose de réel, car elle est atteinte d'*entérite pseudo-membraneuse*; or, de temps en temps, au milieu des concrétions membraniformes qu'elle rend en allant à la selle, nous trouvons des portions d'aliments non digérés, des aponévroses nettement coupées et comme disséquées, des artères musculaires avec leurs branches nettement reconnaissables. Il est certain que ces corps étrangers proviennent de substances alimentaires, de morceaux de viande avalés gloutonnement sans avoir été ni sectionnés ni travaillés par la mastication.

—

M. Sevestre communique *Trois cas d'hystérie chez l'homme.* (Sera publié.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Troisier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 octobre 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Compte rendu des travaux et du mouvement de la Société pendant l'année 1881,

Par M. de Beauvais, secrétaire général.

Suite et fin. — (Voir le numéro du 21 janvier 1883.)

M. Boucheron, *à propos de la guérison de la surdi-mutité par le cathétérisme de la trompe d'Eustache* vous a soumis une théorie séduisante. Consécutivement à l'obstruction de la trompe d'Eustache causée par un catarrhe naso-pharyngien, l'air contenu dans la caisse du tympan est résorbé, se raréfie; un vide se produit, et, par suite de la pression atmosphérique, il se produit une compression du nerf acoustique, qui amène d'abord la suspension de la fonction nerveuse, et peu à peu la dégénérescence du nerf auditif. Pathogénie qu'il compare à celle du glaucome, et qu'il propose d'appeler *otopiésis*

Pour M. Boucheron, rétablir par le cathétérisme de la trompe d'Eustache l'accès de l'air dans la caisse du tympan, faire cesser ainsi les effets de la compression nerveuse, telle est la méthode curative qu'il a vu réussir chez deux jeunes enfants à l'aide de la chloroformisation.

M. Ladreit de la Charrière a présenté à ce sujet des considérations intéressantes qui le portent à conclure :

Que le catarrhe de la trompe d'Eustache, avec oblitération de ce conduit, peut provoquer un certain degré de surdité, mais ne produit jamais la surdi-mutité;

Que cette infirmité est toujours due à une affection plus grave de l'oreille moyenne ou du labyrinthe, lorsqu'elle n'est pas fortifiée par une lésion intra-crânienne;

Que le cathétérisme a été employé depuis longtemps dans un certain nombre d'affections de la caisse, et que les malades traités si heureusement par M. Boucheron devaient appartenir à cette catégorie.

Que le cathétérisme ne nécessite jamais l'anesthésie par le chloroforme, que cette pratique n'est pas sans inconvénient et ne peut être que nuisible.

J'ai soumis à votre examen un modèle de bras artificiel, construit par l'amputé lui-même, simple ouvrier ferblantier; appareil qui réunissait des conditions exceptionnelles de légèreté à une facilité et à une puissance de mouvement remarquables.

Maladies de l'appareil génito-urinaire. — Tuberculose des reins étendue plus tard à l'appareil génital et ayant provoqué l'expulsion de caillots vermiculés moulés sur l'uretère, par M. Dubuc. — Excellente observation dans laquelle on voit que l'évolution ultérieure de la maladie a confirmé l'opinion émise tout d'abord par notre collègue, qu'ils s'agissait chez ce malade d'une affection tuberculeuse; ce sont les reins qui ont été primitivement atteints; il n'existait, en effet, lors du premier examen, qu'une seule bosselure peu volumineuse dans la prostate, alors que les douleurs lombaires et les hématuries remontaient déjà à un an. Deux mois plus tard, l'épididyme droit, trouvé intact au début, était devenu le siège de nombreux noyaux tuberculeux; six semaines après, la prostate, qui n'avait présenté qu'un seul petit noyau d'induration était augmentée de volume et parsemée de bosselures dans ses diverses parties. Quant à la vessie, elle n'a jamais manifesté aucun état de souffrance. M. Dubuc fait remarquer que la *tuberculose primitive* est loin d'être rare dans l'appareil urinaire et particulièrement dans le rein; que si la tuberculose primitive de l'appareil urinaire, qu'elle ait son siège dans le rein ou dans la vessie, est fréquemment méconnue, cela tient sans doute à ce qu'on la rencontre chez des gens qui souvent paraissent jouir encore de l'intégrité de leurs forces et de leur santé. Ces mêmes sujets ne présentent encore à ce moment-là aucun trouble fonctionnel du côté des poumons ni aucun signe physique des lésions pulmonaires, et pourront même n'en jamais présenter.

M. Dubuc vous a présenté, en son nom et au mien, *le rein, les uretères et la vessie d'une malade qui a succombé au treizième jour d'une anurie absolue.* Le rein droit, qui était énorme et suppléait au rein gauche complètement atrophié, était absolument rempli par des graviers, et l'uretère était obstrué dès son origine par des calculs volumineux qui avaient subitement supprimé l'évacuation de l'urine et amené par suite l'anurie complète. Nous nous réservons de publier ultérieurement l'observation entière.

M. Mauriac vous a lu l'histoire de deux observations, rares dans l'espèce, intitulées : *Cas rares de tumeurs péri-uréthrales blennorrhagiques.* Il termine son exposition par les considérations suivantes :

1° L'appareil glandulaire qui comprend les glandes de Méry ou de Cooper et leur glandes accessoires, s'enflamme quelquefois dans le cours de la blennorrhagie.

2° Le processus à marche rapide aboutit presque toujours à la suppuration et à la formation d'abcès.

3° Quand les glandes de Méry sont seules atteintes, ce qui a lieu le plus ordinairement, l'affection se termine à peu près constamment par un abcès périnéal.

4° Lorsque le processus se confine dans les glandules accessoires, la tumeur siège au-dessous de la courbure de l'urèthre, au sommet de la région scrotale entre les deux testicules.

5° Ici encore la suppuration est la règle, mais l'engorgement glandulaire peut cependant suivre une autre marche et entrer en résolution.

6° Dans sa forme chronique, il constitue une grosse tumeur dure, ovoïde, bosselée, non fluctuante, qui occupe toute la partie moyenne de la région scrotale au milieu de laquelle elle reste libre, et qui ne contracte que des adhérences fortuites avec les testicules et leurs épididymes. La durée peut-être très longue.

7° Dans sa forme subaiguë, après une invasion brusque et un accroissement rapide, les phénomenes inflammatoires tombent tout à coup, et la résolution complète s'effectue en quelques jours.

8° Une intervention active n'est pas nécessaire dans ces deux dernières formes; une médication antiphlogistique modérée suffit et favorise la guérison qui pourrait avoir lieu spontanément. Dans les formes phlegmoneuses, au contraire, il faut ouvrir la tumeur de très bonne heure, même avant de sentir la fluctuation.

9° Quelles que soient leurs formes et leur tendances, ces tumeurs urètro-scrotales, bien que procédant directement du canal, évoluent en dehors de lui et ne lui causent aucun dommage. M. Mauriac ne les a pas vu s'ouvrir dans l'intérieur du canal quand elles étaient purulentes, ni se terminer par des fistules urinaires.

M. le docteur de Fourcauld vous a lu à l'appui de sa candidature un mémoire *sur la sensibilité cutanée dans les affections de l'appareil utéro-ovarien*, qui a été analysé par M. Lutaud avec les autres travaux du candidat.

Gynécologie. — M. Budin vous a présenté, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un mémoire *Sur le diagnostic pendant la grossesse, de la présentation définitive de l'extrémité pelvienne.* Voici les conclusions de ce travail :

1° Dans les derniers temps de la grossesse, on peut observer des présentations définitives de l'extrémité pelvienne;

2° Dans les cas où le siège était ainsi engagé, il s'est toujours agi, jusqu'ici, de présentations de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses;

3° L'inspection, la palpation, l'auscultation et le toucher peuvent, au premier abord, faire croire à une présentation de l'extrémité céphalique fléchie avec engagement marqué de la tête, mais si on analyse attentivement plusieurs des sensations perçues, il est possible d'éviter toute erreur et d'arriver au diagnostic exact.

M. Marchal vous a lu, sur *la grossesse cervicale*, un mémoire à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. Ce travail très remarquable de notre collègue a eu la bonne fortune d'avoir pour rapporteur M. Thevenot, dont je cite les conclusions :

1° La *grossesse cervicale secondaire* n'est admissible et ne mérite de conserver cette dénomination que s'il est démontré que l'œuf, attaché à la muqueuse utérine par la sérotine allongée en pellicule, continue à s'accroître dans la cavité cervicale;

2° La *grossesse cervicale primitive* paraît démontrée, mais il est probable qu'elle est d'une extrême rareté;

3° La *grossesse cervicale secondaire*, avec une nouvelle formation placentaire dans la cavité cervicale, telle qu'elle a été décrite par Kippler, paraît inadmissible dans l'état actuel de nos connaissances.

Grossesse gémellaire avec double insertion vélamenteuse du cordon, par M. Thevenot. Il est à regretter que cet intéressant travail, présenté à votre Société, ait été publié dans un autre journal. Votre bulletin est ainsi privé de son insertion.

Nous exprimerons le même desideratum pour le travail de M. Budin : *Considérations cliniques sur le muscle releveur de l'anus chez la femme*, qui a été reproduit, à notre détriment, dans une autre revue médicale.

Des Pessaires à antéversion, par M. Thevenot. Cet important mémoire ne saurait être résumé; je ne puis que transcrire les dernières lignes de l'auteur : « J'ai essayé, dit-il, de montrer comment agit le pessaire de Hewit et quels sont ses avantages. J'ai aussi essayé de montrer combien, dans ces questions d'orthothérapie utérine, la forme du pessaire est importante. Tant qu'on n'aura pas démontré, jusqu'à l'évidence, qu'on peut, au moyen de l'électricité, redresser l'utérus et le maintenir redressé ; tant qu'on n'aura pas donné de nombreuses preuves que par des sections de faisceaux musculaires, on redresse définitivement l'utérus, sans l'immobiliser et sans le fléchir, il faudra bien, malgré leurs inconvénients, avoir recours aux pessaires. »

Hygiène. — Médecine légale. — Déontologie médicale. — Histoire. — M. Chervin vous a lu une note *sur la natalité considérable de la race nègre aux États-Unis.* C'est à une puissante fécondité, secondée par des habitudes de prudence et de sagesse rarement observées chez les peuples qui ont passé subitement de l'esclavage à l'indépendance qu'il faut attribuer, selon l'auteur, la prodigieuse augmentation de la population noire des États-Unis.

J'ai soumis à votre approbation une *consultation médico-légale dans une question intéressante de survie* soulevée devant les tribunaux de Marseille, à propos du décès simultané des époux Rivoire dans un accident de submersion sur le Rhône. Depuis le célèbre procès Levainville en 1873, où le regretté professeur Tardieu était intervenu d'une façon si brillante, pareille question n'avait pas été discutée devant les tribunaux.

Ce n'est pas que l'occasion soit rare, mais, dans les catastrophes telles que les naufrages, les accidents de chemins de fer, les explosions par le gaz, par la dynamite, les asphyxies par

l'oxyde de carbone, les transactions sont la règle, et les procès ne mettent plus en lumière ces questions médico-légales.

Le secret médical et les déclarations de naissances, par M. Lutaud. — Dans cette note d'un haut intérêt professionnel, M. Lutaud a fait ressortir toutes les difficultés et tous les ennuis que rencontre le médecin qui, accompagné de deux témoins, présente à l'officier de l'état civil un enfant nouveau-né et refuse de faire connaître le nom et le domicile de la mère, retenu qu'il est par le secret professionnel.

M. Lutaud était en cause dans le fait qu'il vous a communiqué et qui se passait à Paris. Ce n'est que par des démarches réitérées au Parquet de la Seine, que notre patient confrère a pu obtenir une lettre invitant l'officier de l'état civil à recevoir sa déclaration, mais au prix de quelle perte de temps, de quelles allées et venues incessantes. Cette note a obtenu les honneurs de la reproduction dans l'Annuaire de l'Association générale des médecins de France pour 1882.

Enfin, je dois vous signaler les pages remarquables que notre infatigable archiviste, M. Rougon, a consacrées à l'histoire de notre Société sous ce titre : *Les archives de la Société de médecine de Paris de l'an IV* (1796) *à nos jours.* Vous avez voté par acclamation le tirage à part de cet important travail. C'était justice.

L'histoire de votre Société devait rappeler les prix qu'elle avait fondés, et qu'elle décernait autrefois. Ici se place le rapport de M. O. Larcher sur l'organisation du concours pour le prix biennal fondé par feu Duparcque. Dans la pensée d'honorer spécialement la mémoire du fondateur du prix, la commission a choisi un sujet appartenant au domaine de la gynécologie, où Duparcque s'était acquis une durable notoriété. Ce sujet a pour titre : *Étude des troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques de l'utérus.*

Nécrologie. — Nous n'avons eu à regretter en 1881 qu'une seule mort, celle de notre vénéré collègue, M. Briquet, officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, dont les travaux sur l'hystérie sont restés classiques. Malgré son âge avancé, pendant le siège de Paris, M. Briquet prodiguait encore ses soins aux malades des ambulances. Jusqu'à ses derniers jours, il a donné l'exemple d'une rare et puissante activité.

Puissions-nous, Messieurs, avoir comme lui une vieillesse aussi heureuse qu'honorée, après une vie si largement remplie. C'est le plus bel hommage à rendre à la mémoire de notre regretté collègue.

Mouvement de la Société. — Nous avons acquis, en 1881, quatre membres titulaires, M. le docteur Graux, ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le docteur Coignard, hydrologue distingué. Deux gynécologues estimés, M. le docteur Marchal et M. le docteur Budin, ancien interne des hôpitaux de Paris, agrégé de la Faculté de médecine, nommé récemment accoucheur des hôpitaux.

Cinq membres correspondants nationaux : MM. les docteurs Laure d'Hyères, Lardier, médecin de l'hôpital de Rambervilliers, Caradec fils, de Brest, Kastus (d'Allevard) et Devalz, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant aux Eaux-Bonnes.

Enfin, un membre correspondant étranger, M. le docteur de Gomensoro, membre de l'Académie impériale de Rio-Janeiro, officier de l'Instruction publique, qui a passé plusieurs mois auprès de nous.

Par une faveur toute spéciale, vous avez élu par acclamation membre honoraire, M. Masson, l'éditeur si connu, dont vous avez voulu récompenser ainsi les services exceptionnels, rendus à la Société.

Trois membres titulaires, ayant quitté Paris comme résidence, ont demandé à échanger leur titre contre celui de correspondant : M. Lolliot, médecin à Suresnes, M. Georges Bergeron, professeur à la Faculté de Lille, M. Camuset, oculiste à Dijon. . . . .

Vous n'avez pas voulu accepter la démission offerte par notre excellent collègue M. Lemoine, qu'une cruelle maladie tient éloigné de nous, à son grand regret ; et vous vous êtes empressés de lui témoigner votre légitime sympathie, en lui accordant un congé illimité dans l'espoir de le voir revenir un jour à la Société.

Distinctions honorifiques. — M. le professeur Peter, notre ancien Président, a été nommé Officier de la Légion d'honneur, et notre distingué collègue, M. Abadie, a obtenu la croix de chevalier. M. Daremberg, dont l'honorable père a laissé des souveirs impérissables dans la littérature médicale, a été nommé membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

M. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a reçu, de l'Académie des sciences, une récompense pour son ouvrage et ses leçons sur les maladies de la peau.

Sur la proposition spontanée de MM. José Pereira, Rego Filho et de Gomensoro, nos correspondants étrangers, j'ai partagé avec mon excellent confrère et ami, notre cher trésorier M. Perrin, l'honneur d'être nommé membre correspondant de l'Académie impériale de médecine de Rio-Janeiro.

Je viens d'assurer, Messieurs, avec nos correspondants nationaux et étrangers, nos relations d'une façon sérieuse, en leur réclamant instamment avec leur adresse exacte leur adhésion écrite à notre Bulletin annuel, qui leur sera régulièrement et périodiquement envoyé, aux termes de nos statuts.

Nos échanges avec les Sociétés de médecine, soit de Paris, soit de province, seront faits dans les mêmes conditions.

Je me fais un devoir et un plaisir de vous annoncer que, grâce à l'activité nouvelle imprimée à la publication de nos procès-verbaux par notre nouveau et zélé collègue, M. Richelot fils, vous n'aurez plus à regretter la reproduction trop tardive de vos travaux. Ils perdaient par ce retard beaucoup de leur actualité, ce qui poussait plusieurs de nos confrères, trop impatients peut-être, à donner, à notre détriment, la primeur de leurs mémoires à d'autres journaux plus libres et plus empressés que l'UNION MÉDICALE. C'est un grand progrès pour notre Bulletin.

Depuis cinq ans, chers Collègues, que j'ai l'honneur d'être votre secrétaire général, c'est avec un légitime orgueil que je constate ici publiquement la prospérité toujours croissante de notre Société.

Cette année, comme les précédentes, la tâche m'a été rendue douce et facile par le bureau tout entier. J'ai à signaler, dans ma gratitude, le zèle, l'exactitude de notre cher Président, M. Charrier, mon regretté prédécesseur, de notre infatigable vice-président, M. Duroziez, de nos secrétaires annuels, MM. Thevenot et Thorens, de notre laborieux archiviste, dont vous avez applaudi l'historique remarquable, et de notre dévoué trésorier, M. Perrin.

Permettez-moi de vous rappeler que l'année prochaine, à pareille époque, nous décernerons, pour la première fois, le prix bis-annuel, institué par notre généreux bienfaiteur, feu Duparcque, à l'auteur du meilleur Mémoire sur le sujet spécial qui a été désigné aux concurrents, après un rapport et un vote motivés.

De tels éléments de vitalité, Messieurs, doivent vous édifier complètement sur la situation présente et sur l'avenir de notre chère Société.

A la veille de terminer mon mandat, je suis heureux de vous exposer, en toute sincérité, la raison puissante de vos succès et de vos espérances.

Puissé-je m'être rendu digne par mon profond dévouement de l'honneur de votre persistante sympathie et de votre entière confiance : c'est le plus cher désir de votre secrétaire général.

VARIÉTÉS

On nous écrit de Rambervillers :

« Permettez-moi de vous conter une bien singulière histoire : je débute par en affirmer la véracité absolue, tant elle vous paraîtra invraisemblable.

« J'en suis le héros, ou, si vous le préférez, la victime.

« Je suis docteur en médecine ; mais je ne le suis plus guère que de nom ; car, à Rambervillers, il est de notoriété publique que je n'exerce plus ; pourtant, j'ai commis la naïveté de payer patente ; naïveté dont le fisc, comme vous allez le voir, ne m'a pas su le moindre gré.

« Un jour, mes deux confrères Lardier et Pernet refusent de se rendre à une réquisition du parquet, pour je ne sais quelle affaire médico-légale ; on s'adresse à moi, qui, fort étonné d'une semblable requête, réponds que je ne pratique plus la médecine.

. . . .

« Nous voilà tous les trois traduits en justice de paix : mes deux confrères sont condamnés à *six francs d'amende* ; quant à moi, on ne tient nul compte de ce que je n'exerçais plus ; pour le tribunal j'étais un médecin, puisque je payais patente ; le juge, cependant, voulut bien me gratifier des circonstances atténuantes, et j'obtins *un franc d'amende*.

« Avec leurs six francs, mes confrères pouvaient en appeler au tribunal de première instance à Epinal. Moi, grâce à mes circonstances atténuantes et à mon franc d'amende, il me fallait aller en Cour de cassation. Je m'inclinai et payai amende, frais, etc.

« MM. Lardier et Pernet « en appelèrent à Epinal. » Mais voilà le fisc qui entre ligne, et qui, abusant de l'inexpérience (bien excusable en telle matière) de mes deux confrères, se fait payer les frais du jugement frappé d'appel ; c'est avec eux que je payais : « nous avons été condamnés solidairement. »

« MM. Lardier et Pernet ayant, comme je l'ai dit, appelé du jugement, « il fallut le leur signifier ; » sans attendre le résultat de cet appel, ce terrible fisc veut faire solder aux appelants les « frais de signification du jugement. »

« Cette fois, le fisc fut rudement remis à sa place ; alors — ô Escobar ! — on me met en cause, on veut me faire payer, sur le refus de mes confrères, « la totalité des frais de signification d'un jugement qui ne m'a pas été signifié, qui ne pouvait l'être, » sous prétexte que MM. Lardier, Pernet et moi avons été condamnés solidairement ; on veut me faire payer pour Lardier et Pernet les frais d'un jugement qui n'est pas définitif, puisqu'il était frappé d'appel.

« Mais voici où l'invraisemblance devient colossale. MM. Lardier et Pernet gagnent leur procès ; ils le gagnent d'une façon aussi complète que possible : plus de frais à leur charge ; même ceux que le fisc leur avait indûment perçus ! Vous pourriez croire, dès lors, l'affaire terminée ; point, elle commence seulement.

« Le fisc découvre que si le jugement est annulé pour Lardier et Pernet, il ne l'est pas pour moi ; et comme j'ai été condamné solidairement, on veut me faire payer, non *pas le tiers* d'une signification de jugement qui ne m'a jamais été faite, qui ne pouvait m'être faite, *mais la totalité*, c'est-à-dire ce qui incombe à MM. Lardier et Pernet, qui ont été acquittés, déchargés de tous frais !...

« C'est contre vous seul que je demanderai des poursuites, parce qu'avec vous le fisc a plus « de chance de gagner un procès, MM. Lardier et Pernet ayant été acquittés ! » A cela, je m'étonne, moi naïf ; « alors, reprend le fisc, je suis libre de choisir et de désigner, je ne dois de compte... etc... »

« On me poursuivra sans doute, et cela, en vertu d'une solidarité inscrite dans un jugement annulé en ce qui concerne Lardier et Pernet ; et au nom de cette solidarité, on voudra me faire payer les frais du *procès gagné* par mes deux confrères.

« Singulière chose que la justice, tout de même : au premier jugement, j'en sors presque innocent ; on me gratifie de circonstances atténuantes, du minimum de l'amende.....

« J'accepte le jugement : je me souciais peu d'aller plaider en Cour de cassation.

« Mes « complices », infiniment plus coupables que moi, peuvent, par le fait de leur culpabilité, en appeler à Épinal : ils gagnent leur procès !

« Et moi — « grâce à mes circonstances atténuantes » — me voilà devenu le seul, le vrai coupable !

« On a renouvelé, à mon égard, la comédie du *Médecin malgré lui* ; à cette différence pourtant qu'au lieu de recevoir des coups de trique comme Sganarelle, le parquet, plus humain, a voulu me faire pratiquer la médecine à coups d'assignations.

« Veuillez agréer, etc.

Dr A. Fournier.

« Rambervillers, 17 janvier 1882. »

FORMULAIRE

Solution antipsorique. — Vleminckx.

Fleurs de soufre	100	grammes.
Chaux vive.	200	—
Eau	1000	—

Faites bouillir jusqu'à ce que la combinaison soit opérée, laissez refroidir et décantez dans des bouteilles hermétiquement fermées. — Cent grammes de ce liquide suffisent pour obtenir la guérison de la gale. — Le traitement est institué de la façon suivante : 1° friction générale au savon noir sur tout le corps ; 2° bain tiède simple d'une demi-heure ; 3° friction générale avec la solution sulfurée qu'on laisse sécher sur la peau pendant un quart d'heure : 4° lavage de tout le corps dans l'eau du bain. — N. G.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 5 au 10 février 1883.

Lundi 5. — M. Jarjavay : Contribution à l'étude du système veineux. — Des canaux de sûreté. (Président, M. Verneuil.)

M. Beaudère : Contribution à l'étude des sueurs locales. (Président, M. Vulpian.)

Mardi 6 et mercredi 7, pas de thèses.

Jeudi 8. — M. Kahn : De la résection partielle de l'estomac dans le cas d'affection organique du pylore. (Président, M. Le Fort.)

M. Brunschvig : Contribution à l'étude du pneumatocèle du crâne. (Président, M. Le Fort.)

M. Ramonède : Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée. (Président, M. Panas.)

M. Sabaterie : De l'amputation du segment antérieur de l'œil comme traitement des accidents sympathiques oculaires. (Président, M. Panas.)

M. Bouis : De la dactylie unguéale scrofuleuse chez les enfants. (Président, M. Laboulbène.)

M. Boiteux : Étude générale sur le traitement de la fièvre typhoïde. (Président, M. Laboulbène.)

Vendredi 9, pas de thèses.

Samedi 10. — M. Brunet : Du traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin. (Président, M. Le Fort.)

M. Mayolle : Réflexions sur une épidémie de choléra en Cochinchine en 1882. (Président, M. Brouardel.)

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Bouchardat est autorisé à se faire suppléer, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, dans le service des examens, par M. Proust, agrégé libre.

M. Vassaux, ancien moniteur d'histologie, est nommé chef-adjoint du laboratoire de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Desfosses, démissionnaire.

Ecoles de médecine et de pharmacie. — Par décret rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, la section permanente du conseil supérieur entendu, le droit de délivrer des inscriptions et de faire subir des examens est provisoirement retiré à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras.

Les examens seront subis devant la Faculté de médecine de Lille ou devant l'École préparatoire d'Amiens.

— Le concours pour le majorat de l'Antiquaille (de Lyon) vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Augagneur.

— Par décret, en date du 15 janvier 1883, sont nommés, pour l'année 1883 : vice-président du Conseil supérieur de l'instruction publique, M. Berthelot ; secrétaire, M. Albert Dumont.

Témoignages de satisfaction. — Conformément à une décision ministérielle du 8 décembre 1871, et sur la proposition du Comité consultatif de santé, le ministre de la guerre a arrêté que les noms des médecins et pharmaciens militaires, ci-après désignés, qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques manuscrits, en 1882, seront insérés, à titre de témoignage de satisfaction, dans le *Journal officiel de la République française*, savoir :

MM. Rizet et Weber, médecins principaux de première classe ; — Jacob, Paoli et Tarneau, médecins principaux de deuxième classe ; — Bouillard, pharmacien principal de deuxième classe ; — MM. Annequin, Beltz, Bernard, Guignet, Delmas, Derazey, Dorez, Geschwind, Longet, Maratrey, Pineau, Rouflaii, Scoutteten, Sifflet Soulbieu, Tachard et Van Merris, médecins-majors de première classe ; — Thomas, pharmacien-major de première classe ; — Amat, Boucher, Calmette, Chavasse, Doubre, Dubujadoux, Eudes, Forgues, Fournié, Morer, Moty, Poché et Pommay, médecins-majors de deuxième classe ; — Amat, Bouvier et Pommay, médecins aides-majors de première classe ; — Huble, médecin aide-major de deuxième classe.

— Par arrêté préfectoral, en date du 16 janvier 1883, MM. les docteurs Cadiats et Albert Brochin ont été nommés médecins-inspecteurs du personnel enseignant des écoles et asiles communaux du département de la Seine.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Co, 22, rue Dussoubs.

NÉVROLOGIE

Nous avons, à diverses reprises, traité de la distribution anatomique des nerfs du membre supérieur, des plaies nerveuses et du rétablissement de la sensibilité à la suite de ces traumatismes (UNION MÉDICALE, 15 et 18 août 1874, 25 septembre 1877, 1er mars 1879). Nous savons aujourd'hui comment l'*innervation collatérale* permet aux téguments de conserver ou de recouvrer leurs fonctions après la section complète d'un tronc nerveux; mais, en ce qui concerne les mouvements, nous sommes beaucoup moins avancés. Nous ne connaissons pas encore d'innervation collatérale pour les muscles, ni de moyens pour empêcher leur atrophie après la section des nerfs qui les animent. La note suivante offre, à ce point de vue, un grand intérêt; elle représente un commencement de recherches anatomiques, dont la suite pourrait bien nous faire découvrir quelques faits nouveaux sur la physiologie pathologique ou le traitement des plaies nerveuses. Elle a été inspirée à M. Verchère par l'observation d'un malade dont nous publierons prochainement l'histoire détaillée, avec les déductions qu'elle entraîne. — L.-G. R.

NOTE SUR L'INNERVATION DES MUSCLES FLÉCHISSEURS COMMUNS DES DOIGTS. ANASTOMOSE DU NERF MÉDIAN ET DU NERF CUBITAL.

Par F. VERCHÈRE, interne des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment, dans le service de M. le professeur Verneuil, un malade auquel fut faite la section du nerf médian pour un nécrome siégeant au niveau du pli du coude, et qui malgré cette section complète conserva le mouvement de flexion de la main sur l'avant-bras et des doigts sur la main.

Nous n'insistons pas davantage sur l'observation, qui sera ultérieurement publiée en détail.

La bizarrerie du fait nous engagea à faire des recherches sur l'innervation des muscles de l'avant-bras.

Les anatomistes, presque tous, signalent le nerf médian comme indépendant au niveau de l'avant-bras. Seul il animerait les muscles de la région antérieure, sauf le muscle cubital antérieur et les deux faisceaux internes du fléchisseur profond.

Boyer (1) signale en passant la possibilité d'une anastomose entre le médian et le nerf cubital; Bayle (2) fait innerver comme Boyer les deux fléchisseurs communs par les deux nerfs en question; mais, depuis ces auteurs, l'opinion n'a pas été reprise et est restée dans l'oubli.

Baunis et Bouchard donnent comme une anomalie possible un filet unissant le cubital au médian.

Les recherches que nous avons entreprises nous ont conduit à une description plus complète.

Les muscles de l'avant-bras ne sont pas, au point de vue de la distribution des nerfs, aussi isolés qu'on l'a cru jusqu'à présent, et il est permis de penser que le cubital et le médian s'unissent pour innerver certains muscles que l'on avait cru innervés par un seul d'entre eux.

A l'École pratique de la Faculté, avec l'aide bienveillant de nos prosecteurs MM. Jalaguier et Brun et de plusieurs de nos collègues, nous avons pu disséquer un certain nombre de membres supérieurs et vérifier ce que nous avançons.

Il existe dans un grand nombre de cas une anastomose entre le nerf médian et le nerf cubital. Elle peut présenter des anomalies, elle n'est pas constante (en effet, nous avons vu

(1) Boyer. *Anatomie*, t. III, p. 382.

(2) Bayle. *Anatomie*, p. 345.

les meilleurs auteurs la passer sous silence); enfin, elle peut être simple et elle peut être composée.

Sur 5 sujets, MM. Brun et Tuffier l'ont rencontrée 4 fois; sur 10 sujets que nous avons examinés à ce point de vue, nous l'avons rencontrée 8 fois. On voit donc qu'elle est suffisamment fréquente pour ne pas considérer sa présence comme une anomalie. De plus, il nous a été donné de trouver sur un de nos sujets une anomalie qui permet de croire que, dans les cas où elle paraît absente, elle est plutôt décomposée, dissociée; nous y reviendrons.

La plupart des sujets qui possédaient cette anastomose nous ont présenté quelques différences individuelles : quoi qu'il en soit, il nous a été possible de ramener à deux types les dispositions que nous avons rencontrées (1).

Le premier type, le plus simple, un peu moins fréquent que le second, est une branche anastomotique simple. Cette branche, de volume assez considérable, s'étend obliquement du médian vers le cubital. Elle naît du médian, au-dessous du pli du coude, à un ou deux travers de doigts, immédiatement au-dessus des premières branches du médian qui vont se distribuer aux muscles palmaires et fléchisseurs, quelquefois naît d'un tronc commun avec ceux-ci, puis, se dirigeant de haut en bas et de dehors en dedans, passant au-dessous des muscles rond pronateur et fléchisseur sublime, parfois au milieu des insertions supérieures de celui-ci, au-dessous de l'artère cubitale, va s'unir au nerf cubital par un petit tronc unique. Celui-ci disparaît immédiatement dans le tronc nerveux, quelquefois descend un peu sur lui, de sorte qu'il semble l'accompagner quelque temps avant de se mêler à lui. Aucune branche, dans ce type, ne naît de l'anastomose elle-même. Dans celle de nos figures qui le représente, on voit naître, à l'aisselle de cette anastomose, une branche du nerf cubital qui allait innerver les deux faisceaux internes du fléchisseur commun profond.

Le second type, que nous avons rencontré plus souvent, présente la disposition suivante : Un filet nerveux, d'ordinaire assez grêle, naît du nerf médian, au même niveau que nous lui avons assigné plus haut, puis, se dirigeant en dedans, va bientôt fournir, avant d'arriver à s'unir au cubital, un véritable petit plexus; ce petit plexus présente des branches ascendantes, des branches descendantes qui vont se perdre dans le nerf cubital; d'autres filets plus ténus les unissent les unes aux autres; enfin, d'une de ses branches, part le filet qui va innerver les deux faisceaux internes du fléchisseur profond.

Les rapports de cette branche sont les mêmes que ceux que nous avons signalés pour celle du premier type; mais le point qui les différencie complètement l'une de l'autre, c'est la présence, sur le trajet de celle-ci, de petits rameaux descendants, partant de sa convexité et allant se distribuer aux muscles fléchisseurs communs superficiel et profond, et aussi, mais rarement, au muscle grand palmaire.

Quelle est la structure de cette anostomose? Sont-ce des filets qui se rendent du médian vers le cubital ? ou des filets qui se rendent du cubital vers le médian? ou enfin, troisième hypothèse qui nous semble celle qu'il faut admettre, sont-ce des nerfs provenant de l'un et de l'autre tronc? Si nous démontrons que cette hypothèse est légitimée par la dissection, il nous faudra dès lors admettre, contrairement à ce que disent les auteurs, que le cubital et le médian se partagent, *inégalement il est vrai*, mais se partagent l'innervation des deux muscles fléchisseurs des doigts.

Le petit plexus au niveau du point où la branche anastomotique vient joindre le nerf cubital, la différence de direction ascendante et descendante, semblent indiquer une dissociation des filets nerveux à ce niveau et permet déjà de supposer l'existence de fibres venant du cubital vers le médian et inversement; de là il est tout naturel de penser que les filets partant de la branche anastomotique pour se rendre aux deux fléchisseurs participent des deux troncs, cubital et médian, et que par suite les muscles où ils se rendent sont également soumis à l'un et à l'autre.

Mais ce fait seul ne serait pas suffisant. Il nous a été donné, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de rencontrer un sujet où l'anastomose se trouve pour ainsi dire dédoublée.

Du nerf médian naissait, au niveau du point où naît d'ordinaire la branche que nous avons décrite, une branche oblique descendante et allant se perdre dans le fléchisseur sublime; du nerf cubital, à un niveau moins élevé, naissait le filet se rendant aux deux faisceaux internes du fléchisseur profond, puis, à deux millimètres de son origine, nous avons vu un filet long et grêle, se dirigeant en dehors, venir passer en arrière de l'artère cubitale, puis après un trajet relativement considérable, aller se jeter dans l'extrémité supérieure du muscle fléchisseur sublime, tout près du point où celui-ci était abordé par le filet venant du nerf médian.

Que ces deux filets se soient continués l'un avec l'autre, et on avait absolument le trajet,

(1) Plusieurs pièces démontrant ces dispositions ont été présentées à la Société anatomique (séance du 26 janvier 1883).

la direction, les rapports de l'anastome que nous avons décrite, et la distribution de ces deux branches est identique à celle que nous avons constatée pour les filets nés de l'anastomose.

Ce fait est important à signaler et nous semble une confirmation absolue de l'hypothèse que nous soutenons, à savoir la participation des fibres du médian et des fibres du cubital à la fonction de l'anastomose qui les unit.

De ce qui précède, nous pouvons conclure : Qu'il existe dans la majorité des sujets (11 fois sur 15) une anastomose unissant le nerf cubital au nerf médian;

Que cette anastomose naît au-dessous du coude, au-dessus ou immédiatement au niveau du point où naissent les branches du médian se rendant aux muscles fléchisseurs des doigts; qu'elle se termine dans le nerf cubital directement ou par l'intermédiaire d'un petit plexus au niveau du point où naît la rameau qui se rend aux deux faisceaux internes du fléchisseur profond;

Que cette anastomose peut dans un grand nombre de cas fournir des filets aux deux fléchisseurs communs;

Qu'elle contient des fibres venant du cubital et allant vers le médian et inversement;

Que, dans le cas où elle manque, il est parfois possible de trouver un filet partant du nerf qui se rend aux deux faisceaux internes du fléchisseur profond des doigts, pour se rendre au fféchisseur sublime;

Enfin que, de cette distribution nerveuse, il résulte que les nerfs médian et cubital innervent tous deux les deux fléchisseurs communs des doigts, au moins dans un grand nombre de cas.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 janvier 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentations. — Nécrologie. — Communication sur la taille hypogastrique; discussion. — De la réduction par la méthode sanglante des luxations irréductibles de la hanche; discussion.

M. le Président a le regret d'annoncer à la Société la nouvelle de la mort de l'un de ses membres les plus illustres, M. Charles Sédillot, l'éminent chirurgien qui lui appartenait depuis plus de trente ans comme membre correspondant national.

M. Gayet (de Lyon), membre correspondant, met sous les yeux de ses collègues une collection de photographies de pièces anatomiques et anatomo-pathologiques relatives à l'anatomie normale et à la pathologie oculaire.

— M. Monod a la parole pour faire une communication sur la taille hypogastrique.

L'auteur commence par signaler le mouvement de retour de la chirurgie contemporaine vers la taille hypogastrique, mouvement qui se révèle en France par les observations et les travaux de M. le docteur Bois (d'Aurillac), de M. Charles Périer, de M. le professeur Félix Guyon, de MM. les docteurs Broussin et Reclus, enfin par ses propres observations dont plusieurs ont été déjà communiqués à la Société de chirurgie en 1881. C'est une nouvelle série de trois opérations de ce genre pratiquées en 1882 que M. Monod vient aujourd'hui porter à la connaissance de ses collègues, à titre de contribution à l'étude de la taille hypogastrique.

L'auteur rappelle tout d'abord qu'il s'est conformé absolument, dans ces trois circonstances, aux préceptes opératoires formulés par M. Guyon et par M. Périer. Il a eu recours, en particulier, au ballonnement rectal introduit récemment en France par ce dernier chirurgien. Il croit que les résultats meilleurs qu'il a obtenus cette fois sont dus en partie à l'emploi de cette excellente manœuvre préliminaire. Il a, de plus, renoncé à la suture de la vessie tout en faisant, à ce sujet, des réserves pour l'avenir. Il s'est contenté de fermer la plaie abdominale dans sa partie la plus élevée. Enfin, deux gros tubes en caoutchouc, placés côte à côte, plongeant dans la vessie, et fixés aux lèvres de la plaie, assuraient le libre écoulement de l'urine et permettaient un lavage exact et fréquent de la cavité vésicale.

De ses trois opérés, un seul a succombé, et la mort, dans ce cas, a dû être rattachée à une lésion viscérale découverte à l'autopsie bien plutôt qu'à l'opération elle-même.

Le premier malade, âgé de 56 ans, avait, dès l'âge de 17 ans, subi une lithotritie à la suite de laquelle il était resté pendant près de 40 ans, absolument sans accident du côté de la vessie.

En février 1882, les signes ordinaires de la pierre reparurent; le malade entra en août à Necker dans le service de M. le professeur Guyon, où M. Monod, qui remplaçait alors ce chi-

rurgien, reconnut d'une manière non douteuse la présence du calcul révélée par les signes fonctionnels, le cathétérisme et le toucher rectal. Le volume du calcul qui faisait dans le rectum une saillie notable, la difficulté de manœuvrer le lithotriteur introduit dans la vessie et de le retourner bec en bas pour aller saisir la pierre logée dans le bas-fond, décidèrent M. Monod à pratiquer la taille qui fut exécutée séance tenante, par la voie sus-pubienne, après distension du rectum par le ballon de caoutchouc.

L'extraction du calcul fut extraordinairement laborieuse; la pierre était enclavée dans une loge dont l'orifice admettait à peine l'extrémité de l'index. Le saisissant entre le doigt introduit dans la vessie et un doigt introduit dans le rectum, M. Monod reconnut qu'elle était absolement immobile ou du moins qu'elle faisait véritablement corps avec la vessie. Pour la dégager de la cavité qu'elle occupait, la saisir avec des tenettes et l'extraire, il fallut, à l'aide du doigt, dilater péniblement l'orifice de la loge et faire plusieurs tentatives d'extraction avec une tenette articulée qui s'efforçait de saisir et d'ébranler le calcul, en même temps que le docteur Bouilly, au moyen d'un doigt introduit dans le rectum poussait le calcul en avant.

La pierre put être ainsi fragmentée et finalement extraite après des manœuvres multiples et laborieuses suivies d'abondants lavages de la vessie avec la solution d'acide borique pour entraîner à l'extérieur l'espèce de boue calcaire dont était incrustée toute la face interne de la vessie.

Le ballon rectal fut alors retiré, les tubes introduits et le pansement fait à l'ordinaire.

L'opération avait duré plus d'une heure; l'écoulement du sang fut modéré et s'arrêta de lui-même. Le cul-de-sac péritonéal qui un moment, sous l'influence d'un effort du malade, avait apparu à l'extrémité supérieure de la plaie, avait été refoulé et maintenu en place par un aide, puis par le point de suture supérieur comprenant toute l'épaisseur de la paroi.

Les suites de l'opération furent relativement simples; mais la guérison fut lente et ne fut complète qu'au bout de deux mois, époque à laquelle le malade quitta l'hôpital, urinant par l'urèthre et sans trace de fistule urinaire.

Quelques jours après sa première opération, M. Monod était appelé par les internes de l'hôpital Sainte-Perrine dans le service de M. Pozzi, alors absent de Paris, auprès d'un malade âgé de 61 ans, vieux rhumatisant, présentant depuis un an environ les signes fonctionnels de la pierre. Le cathétérisme lui fit, en effet, constater facilement l'existence d'un calcul de volume moyen. Le malade était malheureusement atteint de rétrécissement de l'urèthre rendant difficile et douloureuse l'introduction des instruments métalliques.

Il fallut, avant de procéder aux séances de lithotritie, soumettre le canal à une dilatation progressive. Celle-ci fut mal supportée; elle était très douloureuse et provoquait de la fièvre. Comme, d'autre part, les souffrances occasionnées par le calcul allaient croissant, M. Monod fut amené à proposer la taille qui fut acceptée avec empressement.

M. Monod pratiqua la taille hypogastrique avec le concours de MM. les docteurs Malhéné et Broussin; elle se fit d'après le manuel opératoire déjà indiqué, et sans incident fâcheux. Le calcul extrait pesait 52 grammes; tout semblait, le premier jour, marcher à souhait, mais bientôt, dès le deuxième jour, se déclaraient des symptômes d'adynamie, qui allèrent en progressant constamment; il y avait anurie presque absolue; les boissons alcooliques, les injections sous-cutanées d'éther ne ranimèrent pas le malade qui s'affaiblit de plus en plus, et s'éteignit dans la matinée du cinquième jour.

L'autopsie montra l'état sain des organes internes, sauf les reins qui présentaient des lésions reconnues au microscope pour celles de la néphrite interstitielle. Il n'y avait pas de péritonite; on ne constatait qu'une légère vascularisation au voisinage de la plaie abdominale. La vessie était déjà intimement unie à la paroi abdominale; il n'y avait pas trace d'infiltration d'urine.

Suivant M. Monod, ce fait ne peut être porté au passif de la taille hypogastrique, en tant que procédé opératoire. Le malade a certainement succombé par le fait de la complication rénale qui n'avait pu être diagnostiquée avant l'opération.

Le sujet de la 3e observation était un homme jeune encore, 28 ans, mais porteur d'une pierre dès l'enfance. La taille fut commandée par la dureté exceptionnelle du calcul. Il avait été impossible à M. Monod, malgré des tentatives multipliées avec des lithotriteurs puissants, aidés de l'action du marteau, de parvenir à le faire éclater. Il dut se résoudre à l'extraire d'une pièce, et, cette fois encore, encouragé par ses opérations précédentes et par les succès de son maître, M. le professeur Guyon, il fit choix de la taille hypogastrique.

Il survint, au cours de l'opération, un accident grave.

Le malade endormi, et une dernière tentative de lithrotritie ayant été faite, la sonde métallique fut introduite dans l'urèthre et la verge liée sur elle, à l'ordinaire, avec un tube de caoutchouc. M. Monod commença alors à injecter dans la vessie la solution tiède d'acide borique à 4 p. 100. La quantité conservée dans la vessie peut être évaluée à 250 grammes

environ. Le globe vésical commençant à faire, à l'hypogastre, une légère saillie, M. Monod essaya de faire pénétrer le contenu d'une demi-seringue. Le piston progressait sans effort, lorsque, subitement, toute résistance cessa ; en même temps la saillie vésicale disparaissait ; la matité persistait cependant à l'hypogastre et M. Monod n'eut pas immédiatement la certitude que la vessie était rompue. Il pouvait se faire que cette diminution de résistance fût due à la résolution musculaire complète. M. Monod n'en persista donc pas moins à poursuivre l'opération. Le ballon rectal fut introduit et distendu (500 gr.) et l'incision abdominale pratiquée. Celle-ci fut faite aussi petite et aussi bas que possible. Aussi ne fût-il pas peu surpris de trouver, aussitôt après la section de la ligne blanche, le péritoine occupant toute la hauteur de la plaie, et descendant jusqu'au pubis, dont aucun intervalle appréciable ne le séparait.

La rupture de la vessie n'était pas douteuse ; seule elle pouvait expliquer la présence de la séreuse dans le champ opératoire. La situation devenait perplexe ; fallait-il continuer l'opération ? Les avis étaient partagés autour de M. Monod. Il se décida à continuer, pensant que la seule chance de salut pour le malade était dans la large incision de la vessie et dans l'évacuation complète par un drainage bien fait de toute l'urine s'écoulant des uretères.

Le péritoine fut décollé et refoulé avec la plus grande facilité. Pendant cette manœure, une certaine quantité de liquide sanguinolent, qui ne pouvait être que celui qui avait été injecté dans la vessie, apparut dans la plaie.

M. Monod arriva ainsi sur la vessie, qui n'était pas profondément cachée derrière la symphyse. Elle fut aussitôt découverte, puis ponctionnée sur le bec de la sonde. A ce moment, une quantité notable de liquide s'échappa de la cavité vésicale. Celle-ci existait donc encore, la rupture ne devait pas être aussi large qu'on l'avait supposé.

L'ouverture fut agrandie sur la cannelure du cathéter, qui fut aussitôt retiré.

Les tenettes furent alors introduites et l'extraction se fit sans difficultés. Le calcul mamelonné, à surface rugueuse, formé principalement d'oxalate de chaux, et d'une extrême dureté, mesurait 4 centimètres sur 3.

Le soir de cette opération si accidentée, le malade fut trouvé dans l'état le plus satisfaisant. Aucune réaction locale ni générale. La guérison, après diverses péripéties, était complète au bout de trois mois.

Il semble résulter de cette terminaison, heureuse en somme, que la rupture de la vessie s'était bornée à une simple fissure. Les bords de la solution de continuité avaient dû se mettre rapidement en contact et s'opposer à toute issue nouvelle de liquide. Le drainage exact de la cavité vésicale, les lavages repétés avaient aussi puissamment contribué à prévenir l'infiltration d'urine.

D'autre part, l'ouverture de la vessie avait dû se faire dans la portion extra-péritonéale, car le cul-de-sac péritonéal était manifestement vide de liquide. Celui-ci avait dû s'épancher dans le tissu cellulaire du petit bassin sans y provoquer de réaction, vu la nature antiseptique de la solution injectée, à 4 p. 100 d'acide borique. De cet incident opératoire, découle cette conséquence que certaines vessies supportent mal la distension, et qu'il faut absolument, lorsqu'on les soumet à une réplétion forcée, parvenir à se rendre compte de la quantité du liquide injecté, laquelle ne doit pas dépasser 350 grammes environ.

M. Monod conclut, en terminant sa communication, que la taille hypogastrique constitue une bonne opération, surtout depuis que le ballonnement rectal et les précautions diverses, indiquées par M. Guyon et par M. Périer, ont apporté à l'acte opératoire et au traitement consécutif toute la précision et toute la sécurité désirables.

Depuis que le procédé de Petersen a été introduit en France, la taille hypogastrique a été pratiquée :

2 fois par M. Périer ; un de ses malades a succombé, mais l'on trouva à l'autopsie des lésions anciennes de néphrite suppurée ;

1 fois par M. Le Dentu, à l'aide du thermo-cautère, guérison ;

8 fois par M. Guyon, avec 5 guérisons et 3 insuccès dont un seul peut être mis au compte de l'opération elle-même. Les deux autres malades succombèrent à des complications viscérales. Il en a été de même, dans le seul cas de mort que M. Monod a eu dans ses trois dernières opérations.

M. Périer dit que depuis les deux opérations de taille hypogastrique déjà pratiquées par lui et rappelées dans la communication de M. Monod, il a eu l'occasion d'opérer deux autres malades, âgés l'un de 52 ans, l'autre de 77 ans, ce dernier ayant subi antérieurement la lithotritie. L'opération, dans les deux cas, a été très simple, et les malades ont guéri rapidement sans aucune espèce d'accidents.

M. Verneuil a pratiqué, avec l'aide de M. Anger, une opération de taille hypo-

gastrique qui a été suivie d'un succès complet, bien que l'opération ait été faite dans des conditions défavorables. C'était, en effet, sur un vieillard porteur d'une double hernie inguinale ancienne, circonstance qui est considérée par M. le docteur Broussin comme fâcheuse, parce que, suivant lui, le cul-de-sac péritonéal tiré en bas par la hernie, est plus difficile à trouver et à relever, ce qui expose le chirurgien à blesser le péritoine. En outre, ce malade avait une sensibilité extrême de la muqueuse uréthrale et vésicale, si bien que le cathétérisme explorateur fait avec toute la douceur et toutes les précautions possibles provoqua néanmoins une fièvre intense avec congestion rénale.

M. Verneuil, considérant cette susceptibilité des organes génitaux urinaires comme une contre-indication de la lithotritie, se décida à faire la taille hypogastrique. Cette opération était enfin commandée par l'état de la prostate qui, chez ce malade, avait un volume très considérable.

M. Verneuil pense, en effet, qu'une grosse prostate est une condition défavorable pour toutes les opérations de taille, quelles qu'elles soient, qui peuvent intéresser la glande prostatique. C'est dans les cas de ce genre que l'on voit se produire des hémorrhagies très abondantes, le sang coule en nappe par suite de la section ou de la déchirure du tissu prostatique. C'est dans ces cas également que l'observe ces prostatites suppurées, ces phlegmons qui sont dus à la contusion de la prostate et qui entraînent la mort des malades.

Ainsi ce malade, malgré sa double hernie inguinale, malgré la sensibilité extrême de ses reins, malgré son énorme prostate, a été parfaitement guéri par l'opération de la taille hypogastrique, bien que la suture vésicale n'ait pas réussi et que la cicatrisation se soit fait assez longtemps attendre.

M. Théophile Anger a pratiqué trois fois la taille sus-pubienne avec le thermo-cautère. La première fois, c'était sur un vieilllard de 75 ans ayant dans la vessie une pierre si dure qu'elle avait résisté à plusieurs tentatives de lithotritie; chaque fois que M. Anger croyait la tenir, la pierre s'échappait des mors de l'instrument, il était impossible de la broyer. M. Anger eut recours à la taille hypogastrique; il fit construire par Charrière une sonde ouverte à son extrémité vésicale et par laquelle il introduisit un cathéter articulé pouvant, au sortir de l'extrémité de la sonde, se recourber vers la paroi antérieure de la vessie, l'appliquer et la maintenir sur la paroi abdominale, de manière à permettre au chirurgien d'inciser la vessie sur le cathéter et à empêcher celle-ci de se dérober dans le petit bassin.

M. Anger pense que l'accident survenu au troisième malade de M. Monod, c'est-à-dire la rupture de la vessie, eût été impossible grâce à ce cathéter. Chez son premier malade, l'opération a parfaitement réussi.

Dans un second cas, M. Anger a opéré, à l'hôpital Cochin, au mois d'aout 1881, un malade qui portait une pierre dans la vessie depuis son enfance. Depuis deux ou trois ans, les douleurs étaient devenues intolérables, le malade était obligé d'uriner à chaque instant et malgré lui.

Ce qui décida M. Anger à faire choix de la taille hypogastrique, ce fut le volume considérable de la prostate chez ce malade. Cette prostate remplissait en quelque sorte le petit bassin. Or M. Anger pense, comme M. Verneuil, que le grand volume de la prostate est une contre-indication formelle de toutes les autres espèces de taille. Il devient très difficile, en effet, de faire passer à travers l'incision de la prostate, même des débris de calcul. Le tissu prostatique, inextensible, se déchire sous l'action des instruments et par le passage des fragments, et il en résulte des infiltrations urineuses, des abcès prostatiques, des phlegmons du petit bassin.

La grande indication dans le choix du procédé opératoire doit être surtout l'hypertrophie de la prostate. Une hypertrophie notable commande le choix de la taille hypogastrique; dans le cas contraire, la taille périnéale est préférable.

Le malade en question avait eu, par suite du cathétérisme explorateur, des accidents fébriles intenses dénotant du côté des reins une grande sensibilité. La taille hypogastrique fut pratiquée sans accident. La sonde munie de son cathéter fut introduite dans la vessie; la paroi de celle-ci fut maintenue contre la paroi abdominale par l'extrémité du cathéter et incisée facilement sur cet instrument au moyen du thermo-cautère. Puis, saisissant avec des pinces à pression les deux lèvres de la plaie et les tenant écartées, M. Anger introduisit le doigt dans la vessie à la rencontre du calcul qu'il put extraire aisément avec des tenettes. Malheureusement le malade succomba à des accidents de péritonite déterminés par un abcès du rein qui se vida dans le péritoine.

M. Anger insiste, en terminant, sur le fait de l'existence d'une prostate volumineuse, comme contre-indication de la taille par les méthodes autres que la taille hypogastrique. Il a vu, comme M. Verneuil, des hémorrhagies extrêmement abondantes, et même suivies de mort, à la suite de la taille périnéale pratiquée chez des calculeux ayant de grosses prostates,

hémorrhagies produites par l'extraction des fragments de calculs à travers le tissu dur et inextensible de la glande déchirée.

M. Tillaux a fait sur le cadavre des expériences qui confirment l'observation de M. Monod sur le vivant, relativement au siège de la rupture de la vessie par la distension de cette cavité par un liquide. Il a constaté, dans ces expériences, que cette rupture se faisait toujours sur la partie extra-péritonéale de la vessie, comme M. Monod l'a observé sur son troisième malade.

L'accident ne se produit pas si le liquide peut s'écouler le long de la sonde. De là le précepte, posé par M. Tillaux, de ne jamais ponctionner la vessie des malades qui urinent par regorgement. Seuls les malades qui n'urinent pas par regorgement sont exposés à la rupture de la vessie.

M. Léon Le Fort ne croit pas qu'il existe, du moins à sa connaissance, d'exemple de rupture spontanée de la vessie. Suivant lui, le malade qui n'urine pas par regorgement ne meurt pas de rupture de la vessie, mais d'urémie produite par le défaut d'excrétion du liquide urinaire.

Quand la rupture de la vessie a lieu par accident, M. Léon Le Fort reconnaît avec MM. Monod et Tillaux, que cette rupture s'effectue sur les parties latérales et en dehors du péritoine.

M. Verneuil a vu se produire une rupture de la vessie chez un individu auquel ayant à faire une ou deux séances de lithotritie, il venait d'injecter 125 grammes environ de liquide, pour faciliter la manœuvre. Une péritonite mortelle fut la conséquence de cette rupture. Il faut donc reconnaître que, dans certains cas, sous l'influence d'une pression légère, l'injection d'une petite quantité de liquide, faite avec précaution, peut déterminer la rupture de la vessie et une péritonite consécutive.

M. Monod pense qu'en général, en poussant dans la vessie une injection de 150 à 160 grammes environ de liquide et en pratiquant le ballonnement rectal, on peut faire la taille hypogastrique sans crainte d'accident. A son avis, le grand danger de la taille hypogastrique résiderait dans la possibilité du décollement du tissu cellulaire pelvi-rectal provoquant consécutivement un phlegmon gangréneux capable d'entraîner rapidement la mort du malade. Le ballonnement rectal a pour effet d'empêcher cet accident, en poussant la vessie en avant et la chassant hors du cul-de-sac recto-péritonéal. Les prostates volumineuses sont encore, comme on l'a très bien dit, un des gros dangers de la taille périnéale. Or, c'est généralement sur des individus ayant dépassé l'âge de 50 à 60 ans, c'est-à-dire qui ont des prostates plus ou moins volumineuses, que l'on pratique la taille. Les accidents sont fréquents alors avec la taille périnéale et c'est pourquoi M. le professeur Guyon abandonne de plus en plus la taille périnéale pour la taille hypogastrique. Celle-ci est généralement facile; elle s'effectue sans accident, sans grande perte de sang; l'extraction du calcul est aisée et immédiate.

M. Marc Sée est d'accord avec M. Monod sur les avantages de la taille hypogastrique chez les adultes et les vieillards; mais, chez les enfants, il a toujours vu la taille périnéale se faire avec facilité, sans accidents, avoir des suites simples et bénignes et se terminer très rapidement par la guérison.

M. Chauvel demande si, dans l'état actuel de la science, il ne serait pas possible d'établir une statistique comparative entre la taille hypogastrique et la taille périnéale, au point de vue des résultats.

M. Monod répond qu'il y a lieu d'attendre que les faits de taille hypogastrique soient devenus plus nombreux, pour qu'il soit permis d'établir une statistique complète et non entachée d'erreur.

— M. Polaillon fait une communication sur la réduction par la méthode sanglante des luxations irréductibles de la hanche.

Il n'existe à sa connaissance, dans les recueils scientifiques, que deux observations de ce genre, l'une d'un chirurgien allemand, Volkmann, l'autre d'un chirurgien anglais, Mac-Cormac. Ces deux chirurgiens, dans les deux cas de flexion irréductible qu'ils ont cherché à réduire par la méthode sanglante, n'ont pu parvenir à obtenir cette réduction et ont été forcés de faire la résection de l'extrémité articulaire; les malades ont guéri.

M. Polaillon a été à la fois plus heureux et plus malheureux dans son opération; il a eu, il est vrai, le malheur de perdre son malade, mais il a eu la chance d'obtenir la réduction de la luxation.

Il s'agit d'un malade ayant des habitudes alcooliques et qui était atteint de luxation iliaque gauche. Des tentatives répétées de réduction, dont quelques-unes avec l'assistance du doc-

teur Hennequin, n'ont pu aboutir, par suite de la résolution incomplète des musles de la hanche sous l'influence de l'anesthésie chloroformique.

Toutefois M. Polaillon a réussi à transformer la luxation iliaque en luxation ovalaire, mais il ne lui a pas été possible ensuite de ramener la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, la résistance musculaire opposant un obstacle insurmontable à cette réduction, en dépit de l'anesthésie d'ailleurs mal supportée par le malade, sans doute à cause de ses habitudes d'alcoolisme.

M. Polaillon dut recourir à l'incision articulaire grâce à laquelle la réduction fut opérée. Mais le malade succomba deux jours après à des accidents de gangrène gazeuse analogues à ceux que l'on observe chez les opérés alcooliques. A l'autopsie, on constata l'existence de lésions viscérales : état graisseux du foie et des reins, athéromes vasculaires, etc., qui expliquent la terminaison funeste d'une opération d'ailleurs parfaitement réussie au point de vue du résultat purement opératoire.

Au lieu de pratiquer l'incision en dehors comme Wolkmann et Mac-Cormac, M. Polaillon a pensé qu'il était préférable de faire une incision qui, partant de l'épine iliaque antérieure et inférieure, descend le long de l'axe du membre. Après avoir coupé les muscles, on met à nu la partie supérieure de la capsule et le ligament de Bertin qui, ainsi que l'a montré M. Tillaux, constitue le principal obstacle à la réduction ; il est facile alors de couper ce ligament, lorsqu'on a reconnu la nature de l'obstacle.

M. Tillaux rappelle qu'il a présenté à la Société de chirurgie des pièces destinées à montrer le mécanisme des luxations de la hanche. Suivant lui, il existe des différences essentielles entre la luxation iliaque et la luxation ischiatique et c'est à tort qu'on les a considérées comme de simples degrés d'une seule et même luxation. C'est la luxation ischiatique et non l'iliaque qui peut se transformer en luxation sous-pubienne ou ovalaire. Pour réduire la luxation, il faut alors procéder d'emblée, comme a fait M. Polaillon après son opération sanglante, c'est-à-dire fléchir la cuisse en lui imprimant un mouvement de rotation combiné avec un mouvement de traction sans lequel la tête du fémur ne ferait que tourner autour de la cavité cotyloïde, arrêtée par le sourcil cotyloïdien.

M. Tillaux met en doute qu'en agissant ainsi on trouve des luxations de la hanche vraiment irréductibles.

M. Théophile Anger a eu l'occasion de réduire une luxation de la hanche, datant déjà de six semaines, au moyen de lacs en caoutchouc qui, attachés au plafond, maintenaient le membre suspendu et en extension ; le malade attaché sur un banc opérait lui-même la contre-extension par la seule influence du poids du corps. Il a suffi à M. Anger d'exercer sur le membre une légère rotation pour amener la réduction.

M. Polaillon répond à M. Tillaux qu'avant de pratiquer sur son malade l'opération sanglante, il a épuisé les manœuvres de douceur et de force. Il pense, quoi qu'en dise M. Tillaux, qu'il existe des luxations de la hanche absolument irréductibles, soit qu'elles aient été rendues telles par une disposition spéciale des surfaces articulaires déplacées, soit que l'irréductibilité dépende de leur ancienneté. Dans ces cas, la méthode sanglante trouve son application légitime. — A. T.

BIBLIOTHÈQUE

I. — Traitement rationnel et curatif du choléra, par le docteur Chabassu. Paris, O. Doin ; 1882.

M. le docteur Chabassu n'est pas un inconnu pour les lecteurs de l'Union médicale, dans laquelle il a publié d'intéressants mémoires sur l'emploi thérapeutique de la gentiane jaune dans l'impaludisme et sur la pathogénie du choléra et de la colique sèche et du rhumatisme.

Pendant un séjour en Cochinchine, en qualité de médecin principal de la Marine, il a pu, pendant l'épidémie cholérique de 1861, employer les médications classiques diverses. Ces observations l'ont conduit à préconiser le traitement suivant : Chaque jour, il fait administrer plusieurs lavements de macération de quinquina, additionnés d'amidon et de laudanum. La voie rectale présente, en effet, des avantages pour l'administration des médicaments ; l'idée est ingénieuse ; est-elle absolument nouvelle ? — L. D.

II. — Moyens employés pour guérir la fièvre typhoïde, par M. le docteur Chabassu. Brest, Gadreau ; 1874.

Le traitement de la fièvre typhoïde dont M. Chabassu a obtenu d'heureux effets, consiste

dans l'emploi, dès le début, de purgatifs salins, et dans l'administration du sulfate de soude en potions. La quantité de ce dernier est diminuée chaque jour, et, d'après l'auteur, à doses ainsi réfractées, il serait absorbé et restituerait au sang les éléments salins que les surexhalations intestinales lui ont fait perdre. Les fomentations cutanées, les lotions, le sulfate de quinine, les toniques, enfin un régime alimentaire convenable, sont les autres moyens dont M. Chabassu discute l'opportunité aux diverses périodes et dans les formes si variées de la dothiénentérie. — C. E.

Traité de diagnostic et de sémiologie, par E. Bouchut. Paris, J.-B. Baillière; 1883.

Ce traité formait la seconde partie des *Nouveaux éléments de pathologie générale* dont la quatrième édition a été publiée récemment. L'auteur l'en a séparé pour faire un livre spécial et à part, à cause des additions dont il a été l'objet, et que commandaient les acquisitions nouvelles de la science. Cette séparation lui a permis de donner au diagnostic et à la séméiologie des développements nouveaux.

Dans cet ouvrage, il y a deux parties; la première a pour titre : *Des moyens physiques d'exploration*. On y trouve : un manuel complet de la percussion et de l'auscultation; un résumé des découvertes de l'ophthalmoscopie médicale ou cérébroscopie; un exposé de laryngoscopie; le mode d'emploi des sphygmographes, du microphone et du sphygmophone, du microscope, de l'analyse chimique et de l'analyse spectrale, du stylet, de la sonde, des spéculums, etc. — Si l'histoire de la médecine, dit M. Bouchut, est juste et reconnaissante envers celui qui par son génie a le plus contribué aux progrès du diagnostic, le siège médical qui a vu naître l'auscultation devra s'appeler le siècle de Laënnec.

La seconde partie comprend le *diagnostic proprement dit*, c'est-à-dire l'étude des troubles fonctionnels de chaque partie du corps qui relèvent de l'observation clinique. C'est dans cette recherche de l'anormal et de l'irrégularité physiologique que le médecin trouve ce qu'on doit appeler des *signes diagnostiques* et ce qui lui permet de déterminer le siège d'une maladie, sa nature, sa période d'état ou de déclin, son pronostic et les indications du traitement à prescrire.

Les premiers chapitres sont relatifs à l'*habitude extérieure des malades*; puis, après cette étude muette de la physionomie morbide, vient l'exposition des signes fournis au diagnostic par la constatation des phénomènes morbides et des troubles fonctionnels des divers appareils, cérébro-spinal, circulatoire, vocal et respiratoire, digestif, biliaire, génital, etc.

Comme on le voit, l'auteur a cherché à réunir dans ce traité l'ensemble de tous les troubles fonctionnels que le médecin peut rencontrer dans sa pratique. C'est, en quelque façon, toute la médecine exposée dans un ordre particulier. On doit savoir gré à M. Bouchut d'avoir tenu à maintenir cette édition au niveau de la science contemporaine, en y ajoutant les découvertes cliniques et les moyens normaux d'exploration physique dont l'usage s'est répandu dans ces dernières années.

CHRONIQUE

Les critiques des Allemands sur les médecins de M. Gambetta. — A entendre nos confrères allemands, eux seuls sont les dépositaires de toute science et de tout art. La mort de M. Gambetta a été pour eux un nouveau prétexte de tomber à bras raccourcis sur l'*ignorance* des médecins français. Nous avons assez pris la défense de nos maîtres dans nos précédentes chroniques pour n'avoir plus à le faire. Nous laissons cette fois la parole au *British medical Journal*, qui a vertement blâmé les critiques émises dans cette circonstance par une certaine partie de la presse allemande :

« Si le docteur Niemeyer, de Berlin, a vraiment tenu les propos qu'on lui attribue dans la presse quotidienne, au sujet du traitement de M. Gambetta, ses remarques sont aussi regrettables pour lui-même que pour la réputation du Corps médical allemand. En Angleterre, on est habitué à plus d'aménité et de courtoisie. Au moment où parlait le chirurgien allemand, il était impossible qu'il fût exactement renseigné soit sur les détails des circonstances actuelles de la maladie, soit sur l'état constitutionnel antérieur et l'histoire de la vie du patient. On prétend qu'il a attribué la mort de M. Gambetta, comme celle du président Garfield, à l'incapacité des médecins traitants.

« La furieuse attaque qui fut faite par un éminent chirurgien allemand contre les chirurgiens et médecins du président Garfield, n'a pu donner au corps médical du monde entier une plus haute opinion de l'habileté et du sens judicieux du critique. Rien ne pouvait être plus futile et plus injuste que ces critiques, excepté celles qu'on attribue maintenant au docteur Niemeyer,

Quand même toutes les particularités des faits présumables seraient bien connues, il est éminemment dangereux pour un critique à distance d'asseoir un jugement sur la conduite des médecins d'un homme public et de leur reprocher de n'avoir pas pris un parti qui, dans l'opinion du critique, pourrait sembler le meilleur. Dans un cas comme celui-ci, où l'information était imparfaite, les critiques sont forcément légères et fondées sur les données les plus incorrectes, et on ne peut que les déplorer. Avec la plus grande mauvaise volonté, il aurait été difficile de trouver en faute la réunion des médecins accomplis et habiles qui se sont efforcés de sauver M. Gambetta de l'issue fatale de sa formidable maladie. Les détails de l'autopsie et l'histoire clinique antérieure du malade, ont complètement justifié toutes les mesures qui ont été prises, et, bien que la France ait beaucoup à déplorer la perte de son illustre fils, on n'a du moins rien à regretter au point de vue de l'habileté des soins professionnels qui lui ont été donnés dans sa dernière maladie, que la mort a terminée. »

Réduction de la mortalité dans les services d'accouchements. — Le *British medical Journal* publie, dans son numéro du 13 janvier, les résultats obtenus depuis deux années dans l'hôpital d'accouchements de Londres (British Lying-in Hospital). Ces résultats sont des plus intéressants, surtout parce qu'ils montrent que la mortalité, pendant les années 1881 et 1882, n'a pas dépassé 0,6 pour 100, sur un total de 332 cas, comprenant 12 cas d'opérations obstétricales qui toutes se sont terminées par la guérison. Ils peuvent être attribués en grande partie, à l'observance stricte des précautions antiseptiques en obstétrique. M. Fancourt Barnes et Heywood Smith, qui ont publié le compte rendu hospitalier dont nous parlons, ont, pendant ces deux années, introduit l'emploi du spray phéniqué comme une partie essentielle de leur pratique journalière et du service obstétrical ordinaire des salles. Il est à peine besoin de dire que les précautions antiseptiques concomitantes, qui sont le corollaire des autres, sont aussi pratiquées avec une exactitude scientifique, et que la discipline des infirmières est surveillée par les médecins et non abandonnée, comme dans d'autres institutions, au sens commun plus ou moins éclairé d'une matrone ou du corps des infirmières.

Naturellement il faut faire des réserves au point de vue d'une série heureuse, mais les cas paraissent avoir été d'une moyenne gravité.

M. Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité de Paris, a rapporté, paraît-il, dans une leçon récente, qu'il avait été tellement impressionné des bons résultats de l'emploi du spray phéniqué dans les salles et de l'excellence des résultats cliniques qu'il a remarqués dans sa visite au British Lying-in Hospital pendant la session du dernier Congrès médical international à Londres, qu'il a adopté depuis les mêmes précautions, et il félicite et lui-même et l'institution des succès qu'il a ainsi obtenus en assurant une réduction considérable de la morbidité aussi bien que de la mortalité de ses malades, mères et enfants.

Service médical de nuit à *Paris.* — Ce service est assuré par 658 médecins et 185 sages-femmes. On peut suivre sa progression depuis son organisation d'après les chiffres suivants : 1876 (1re année) 3,616 visites; 1877, 3,312 visites; 1878, 3,571 visites; 1879, 5,282 visites; 1880, 6,341 visites; 1881, 6,521 visites; 1882, 6,891 visites.

Le développement pris par ce service a nécessité l'adoption de quelques mesures nouvelles, notamment en ce qui concerne la rétribution accordée aux médecins et sages-femmes en cas d'accouchement. Voici ce que l'administration a arrêté à ce sujet. Lorsqu'un médecin ou une sage-femme, faisant partie du service médical de nuit de la ville de Paris, sera appelé pour un accouchement, le gardien de la paix le conduira à la maison du requérant, lui donnera un bulletin de statistique à remplir, et rentrera au poste aussitôt après. Le lendemain, le médecin ou la sage-femme devra se présenter à ce poste et y produira le bulletin de statistique, sur lequel il mentionnera si l'accouchement a eu lieu ou non. Dans l'affirmative, un bon de 20 francs lui sera délivré; dans la négative, il recevra un bon de 10 francs seulement, comme pour une visite ordinaire.

L'administration profite de cette circonstance pour appeler l'attention de MM. les médecins de service de nuit sur la nécessité de remplir exactement et lisiblement le bulletin de statistique que leur remettent les gardiens de la paix.

Un nouvel asile de nuit. — Mardi dernier, dans l'après-midi, a eu lieu l'inauguration solennelle d'un nouvel asile de nuit pour femmes et enfants. Cet établissement hospitalier, situé rue de Crimée, 166, à côté de l'ancienne mairie et de l'église Saint-Jacques-Saint-Christophe, en pleine Villette, rendra d'incontestables services. Il est d'ailleurs très bien aménagé. Il se compose de trois corps de bâtiments : à gauche se trouvent, au rez-de-chaussée, deux salles. La première renferme 14 lits et 3 berceaux; la deuxième, 10 lits pour femmes. Au premier étage, il y a également deux salles : l'une compte 12 lits et 6 berceaux; l'autre, 18 lits pour

femmes. Au fond de la cour, se trouve un hospice pour femmes au-dessus de 70 ans; il compte 20 lits distribués dans deux salles. A droite sont situés les bureaux de l'Administration, l'infirmerie et le séchoir.

La cérémonie était présidée par M. Cherbuliez, membre de l'Académie française, qui a prononcé le discours d'usage.

Femmes-médecins. — Les élèves en médecine du sexe féminin ne sont pas traitées partout aussi bien qu'en France. La *Presse médicale belge* raille même à ce propos le recteur de l'Université de Liège, qui aurait trop favorisé peut-être, au gré de ce journal, l'exercice de la médecine pour les femmes. « Il paraît que l'on ne partage pas partout, dit la *Presse médicale belge*, les idées spéculatives (comment faut-il l'entendre ?) de l'honorable recteur de l'Université de Liège. Le gouvernement autrichien ne pousserait point, à ce que l'on nous dit, aussi loin la galanterie que M. Trasenster. Une demoiselle de Prague, qui a pris à Zurich le titre de docteur en médecine, a demandé au ministre de l'instruction publique la reconnaissance de son diplôme et l'autorisation d'être admise aux examens de la Faculté de Vienne. Le ministre n'a pas donné suite à sa demande, alléguant que l'exercice de la médecine n'est pas accordé aux femmes en Autriche. »

Cette décision, ajoute le journal belge, est, d'après nous, tout en faveur du beau sexe.

En Suisse, les femmes-médecins sont mieux traitées. Les Universités de ce pays comptaient, au semestre d'hiver 1882-1883, 543 étudiants et 44 assistants. Dans ce chiffre, il y a 51 étudiants du sexe féminin, dont 26 à Berne, 8 à Genève et 17 à Zurich.

Les résurrectionnistes en Amérique. — On sait que la loi américaine interdit à l'administration d'envoyer aux amphithéâtres de dissection les corps des indigents et des suppliciés. Mais alors, faute de pouvoir se procurer des « sujets » par des moyens réguliers, les écoles de médecine et les praticiens qui veulent faire des études spéciales sont forcés le plus souvent ou de payer fort cher les corps que les infirmiers des hôpitaux et des hospices leur livrent clandestinement, ou d'encourager les déterreurs de cadavres, dits *résurrectionnistes*, en leur achetant le produit de leur industrie, sans s'inquiéter de la provenance des corps. C'est là un fait attesté par des scandales presque quotidiens qu'une récente affaire vient de mettre en lumière à Philadelphie.

Le bruit ayant couru que des vols de cadavres se commettaient au cimetière de Lebanon, plusieurs journalistes de Philadelphie se sont mis en campagne pour découvrir la vérité et pour suppléer ainsi à l'inaction de la police. Bientôt ces *détectives* volontaires ont pu surprendre en flagrant délit et arrêter quatre hommes qui déterraient des cadavres pour les vendre à une École de médecine.

Traduits devant le jury d'instruction et décrétés d'accusation, ces quatre hommes ont déclaré que leur industrie était directement encouragée par les professeurs de l'Ecole. L'un d'eux, nommé Mac-Namee, a révélé les faits suivants :

« Il y a trois ans que j'ai vendu pour la première fois des corps destinés à l'Ecole de médecine de Jefferson. Le docteur Forbes, démonstrateur d'anatomie, et le docteur Behan s'adressèrent à moi pour porter au Collège un corps qui était dans la prison du comté.

« Ils louèrent mes services suivant l'usage et je fis l'affaire. Après m'avoir confié deux ou trois commissions du même genre, le docteur me dit qu'il désirait avoir le corps d'une dame enterrée au cimetière de Lebanon, et il me présenta à un de ses aides, le docteur Lohman, aujourd'hui apothicaire à Philadelphie.

« Lohman promit de me mener cette nuit même au cimetière, et nous y allâmes, en effet, entre neuf et dix heures. J'y déterrai deux corps que nous chargeâmes sur la voiture pour les transporter à l'école de Jefferson. Après cela, je livrai treize corps au docteur Lohman. Je les enlevais du cimetière avec la complicité de Lévy Chew, frère du gardien en chef, à qui j'avais à remettre 5 dollars par corps. Chew, à son tour, dédommageait son frère.

« Récemment, j'ai été voir le docteur Forbes pour lui représenter que mon bénéfice était seulement de 1 dollar par corps, ce qui était trop peu, vu que le cimetière était loin et que j'étais obligé d'y aller de nuit, quelque temps qu'il fît. A dater de ce jour, il m'a payé 8 dollars, dont 3 me restaient. Nos opérations ne se fasaient pas à des périodes fixes; nous enlevions parfois deux corps dans une semaine, et d'autres fois nous restions deux semaines sans travailler. Lévy Chew nous prévenait toujours quand il y avait des corps bons à prendre. »

Ces révélations, qui causèrent une vive émotion, amenèrent l'arrestation des médecins et de leurs complices.

Tous sont déférés à la cour criminelle et on s'attend à une condamnation sévère, pour donner satisfaction à l'opinion publique, que tant de profanations ont indignée et surexcitée.

P.

FORMULAIRE

Poudre antinévralgique. — Féréol.

Sulfate de cuivre ammoniacal	0 gr 02 centigr.
Sous-nitrate de bismuth.	0 gr 25 centigr.

Cinq cachets par jour, deux au courant de chacun des principaux repas dans un peu d'eau, et le cinquième entre les deux repas. Avaler une petite tasse de lait par dessus le dernier. On peut augmenter progressivement la dose, jusqu'à dix cachets par jour, en ayant soin de les donner toujours avec les aliments, ou au moins avec du lait. Le sulfate de cuivre ammoniacal ainsi administrée cause moins de dégoût que quand il est pris en potion, et ne laisse pas de saveur cuivrée dans la bouche. Le plus souvent il est bien toléré, et on n'est forcer d'y renoncer, que quand il provoque des vomissements. — C'est dans les névralgies rebelles, que l'auteur le prescrit, et il a pu en continuer l'usage pendant 3 semaines sans inconvénients.

N. G.

COURRIER

Concours de l'agrégation. — Le dépôt des thèses a été fait le lundi 5 février. L'argumentation commencera le 8 et sera terminée le 16 février.

Nécrologie. — M. Montes de Oca, professeur de clinique chirurgicale et membre de l'Académie des sciences médicales, vient de mourir à l'âge de 50 ans à Buenos-Ayres; il avait été ministre des affaires étrangères de la république Argentine, et avait d'abord occupé les chaires d'anatomie et de physiologie. Il fut un des organisateurs de la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, y introduisit la méthode antiseptique de Lister et fit connaître quelques procédés opératoires nouveaux. — Le *Concours médical* annonce la mort de M. le docteur Gardelle, de Montauban. — Les *Annali universali di medicina et chirurgica* de Milan, annoncent la mort de MM. Luigi Concato, Guiseppe Lazaretti, auteur d'un traité de médecine légale, et Ziliotto Pietro. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léonce Klotz (de Bordeaux).

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 26 janvier 1883, ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de première classe : (Ancienneté) M. Nevière (Jean-Jacques-Maurice), médecin-major de deuxième classe au 55e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Clédat de la Vigerie, retraité ; est affecté au 60e régiment d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : (Choix) M. Fabre (Henri-Étienne-Jean-Joseph), médecin aide-major de première classe de l'hôpital militaire de Versailles, provisoirement au bataillon du 10e régiment d'infanterie détaché en Algérie, en remplacement de M. Nevière, promu ; reste maintenu temporairement audit bataillon.

Mutations de professeurs étrangers. — La *Oftalmologia practica* de Madrid annonce que M. Knapp, jadis professeur d'ophthalmologie à Heidelberg, a pris possession de la même chaire à l'Université de New-York. — D'après le même recueil, M. Chodin a été nommé professeur d'ophthalmologie à Riew en remplacement du regretté professeur Ivanoff; M. le professeur Junge de l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg abandonne la chaire qu'il y a occupée pendant 25 ans; il est remplacé par M. Dobrowoliky, auteur de nombreux travaux, faits principalement dans le laboratoire de M. Helmholz.

Étudiants et assistants en médecine des quatre universités suisses (Bâle, Berne, Genève, Zurich). — Ces universités comptaient, au semestre d'hiver 1882-1883, 543 étudiants et 44 assistants. Dans le chiffre de 543 étudiants, il y a 51 étudiants du sexe féminin (26 à Berne, 8 à Genève, 17 à Zurich, 0 à Bâle).

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 6 février. — Après M. Germain Sée, M. Jaccoud ; après lui, M. Peter prendra la parole à son tour. C'est, comme on le voit, un concours de professeurs éminents, dont l'éclectisme et l'expérience raisonnée se dressent devant l'absolutisme de la méthode de Brand.

Notre excellent confrère de Lyon a certainement péché par la forme. Nous n'avons pas qualité pour juger les bains froids appliqués à la fièvre typhoïde. Mais, quels que soient leurs bienfaits, quelle que soit la bienveillance que leur montrent de savants observateurs, tels que M. Colin lui-même, dont le rôle s'est borné jusqu'ici à discuter la valeur des chiffres, et non à réfuter une opinion médicale, nous doutons fort que l'assaut donné par M. Glénard avec une ardeur juvénile puisse se soutenir longtemps contre la résistance de dialecticiens et d'orateurs tels que M. Jaccoud.

Les intentions de M. Glénard étaient sans doute excellentes ; mais il n'a pas su prendre l'Académie, et lui soumettre avec la déférence nécessaire la question qu'il avait à cœur de voir agiter. Dans sa première communication, dans son mémoire de la *Gazette hebdomadaire*, dans sa lettre à l'Académie, il procède par révélations, par aphorismes, par brefs alinéas et phrases soulignées.

M. Jaccoud, dans un éloquent discours, dont notre compte rendu donne un résumé fidèle, vient de lui montrer comment on discute les opinions médicales, comment on mène les analyses cliniques, avec quel soin et quelle prudence il faut manier les chiffres. Les excès thérapeutiques dont la fièvre typhoïde a été l'objet ont fourni à l'orateur de brillants passages, une sortie vigoureuse contre l'esprit de système ; le microbe lui-même a tremblé à sa voix ! — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

PNEUMONIES INFECTIEUSES PAR ÉMANATIONS D'ÉGOUT,

Par P.-L. Le Gendre, interne des hôpitaux.

Sous les noms de pneumonies *miasmatiques*, *pythogéniques*, *typhoïdes*, *malignes*, INFECTIEUSES, on comprend une certaine classe de pneumonies qui, survenant épidémiquement avec des symptômes particuliers, relèvent le plus souvent d'un état général et se distinguent des pneumonies *fibrineuses* dans lesquelles l'état local, au contraire, constitue toute la maladie. Les auteurs anciens : Sydenham, Stoll, Huxham, P. Franck, Cullen, etc., avaient déjà insisté sur le caractère épidémique de certaines pneumonies. De nos jours, la doctrine de la pneumonie infectieuse, considérée dans certains cas comme une maladie générale, est représentée dans tous les pays par un grand nombre de médecins : en Angleterre, par Grimshaw, Moore, Winter Blyth, Hardwiche ; en Amérique, par Rodman ; en Allemagne, par Jürgensen, Klebs, Cohnheim, Kunze, Friedreich ; en Norwège, par Dahl ; en Italie, par Burresi, Pellizari, Ghinozzi, Banti ; enfin en France, par Marrotte, Parrot, Dupré, Grasset, Bernheim, Bonnemaison et Sée. On n'a pas oublié les excellentes leçons

que le professeur de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu a publiées dans l'UNION MÉDICALE sur ce sujet intéressant. (1)

Alors que l'attention des médecins se tourne avec prédilection vers l'étiologie des affections typhoïdes, nous n'avons pas cru qu'il fût hors de propos d'apporter à cette étude l'appoint très modeste de quatre observations, recueillies par nous à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service de notre excellent maître M. Legrand du Saulle.

Lorsqu'on aura pris connaissance de ces faits, on pensera peut-être, comme nous, que la similitude de leur évolution clinique, et surtout l'identité des circonstances spéciales dans lesquelles sont nés ces quatre cas de pneumonie, sont de nature à jeter quelque lumière sur la cause commune qui a pu les déterminer.

Pendant l'hiver et le printemps derniers, des travaux considérables de terrassement ont été exécutés à la Salpêtrière, pour réparer et modifier les égouts. De profondes et larges tranchées étaient ouvertes dans plusieurs points de l'hospice, mais dans aucun les fouilles n'ont été aussi multipliées et aussi prolongées que dans la section Esquirol; cette particularité s'explique par la vaste étendue et la disposition compliquée des cours autour desquelles se groupent les dortoirs, réfectoires et ateliers.

Le sol fut remué à une grande profondeur; une terre noire et grasse, d'une odeur infecte, qui entourait les anciens tuyaux de conduite rongés et fissurés par la rouille, était rejetée sur le revers des tranchées, et, soumise alternativement à la pluie et au soleil, dégageait de constantes émanations.

Quelque soin que prissent les surveillantes pour écarter du lieu des travaux celles des femmes épileptiques ou hystériques qui se promènent dans les cours la plus grande partie de la journée, la curiosité les y ramenait sans cesse.

Les travaux furent successivement exécutés dans les trois cours principales de la section; or, chaque fois, l'apparition d'un nouveau cas de pneumonie typhoïde suivit de très près l'ouverture d'un nouvel embranchement de l'égout. Simultanément se montrèrent quelques dothiénentéries, mais avec notables complications pulmonaires, et nous ne savons s'il convient de les rapprocher au point de vue étiologique des pneumonies dont nous parlons; mais, pour revenir à ces dernières, il est remarquable que les malades qui en ont été atteintes étaient de celles qui s'approchaient sans cesse des tranchées de l'égout; l'état sanitaire resta bon parmi les autres pensionnaires de la section qui travaillaient toute la journée dans l'atelier.

OBS. I. — *Pneumonie droite et épanchement pleural, état typhoïde, mort. Autopsie, absence de lésions intestinales dothiénentériques.*

Eugénie L..., idiote, épileptique (16 ans), s'alite le 17 mars avec une fièvre intense (40°,5), *prostration*, toux assez fréquente.

On avait remarqué depuis quelques jours qu'elle ne mangeait plus guère et avait mauvaise mine; mais sa débilité mentale s'opposait à ce qu'on pût obtenir aucun renseignement sur les symptômes éprouvés par elle.

Langue sèche, gargouillements dans les fosses iliaques, ventre un peu ballonné, *diarrhée* abondante et fétide. Sonorité et vibrations à peu près normales des deux côtés de la poitrine; quelques râles assez fins aux bases. *Albuminurie.*

18 mars. Même état général. Toux de plus en plus fréquente, pas d'expectoration. Mouvements respiratoires précipités. Depuis la partie moyenne du poumon droit jusqu'à la base, résistance au doigt qui percute et son mat, respiration soufflante, voix broncho-égophonique. La percussion de la rate, toujours si difficile à pratiquer, ne donne pas de renseignements précis sur son volume, qui paraît pourtant augmenté. Temp. oscillant autour de 40° avec rémission matinale insignifiante. Malgré l'absence de taches rosées lenticulaires, à cause du début traînant, de la sécheresse de la langue et des symptômes abdominaux, le diagnostic le plus probable parut dothiénentérie avec pleuro-pneumonie.

Le traitement consista en ventouses sèches et lavements bi-quotidiens, sulfate de quinine et alcool.

(1) *Union médicale*, 6, 8, 10 juin 1882. — M. Hallopeau, dont nous nous honorons d'avoir été l'élève, a consacré une Revue fort intéressante à la discussion de la doctrine de la *fièvre pneumonique*. (Revue des sc. médicales, t. XII, 1878, p. 730.)

Cependant, les jours suivants, l'état adynamique s'accentue, la diarrhée persiste, la température de s'abaisse pas. Les signes stéthoscopiques ne se modifient guère; des bouffées de râles crépitants s'entendent vers la région axillaire au-dessus de la zone de respiration soufflante. Dans le côté opposé de la poitrine on trouve un mélange de gros râles et de râles sous-crépitants assez nombreux vers la base.

La langue est absolument sèche, les narines pulvérulentes; l'albumine existe toujours en grande quantité dans l'urine. La mort arrive le 24 mars.

A l'*autopsie*, nous nous attendions à trouver la vérification du diagnostic de fièvre typhoïde; mais, à notre grand étonnement, la muqueuse intestinale ne présentait qu'une rougeur diffuse, *sans aucune ulcération, sans infiltration même, ni des follicules isolés, ni des plaques de Peyer.* Les ganglions mésentériques n'étaient ni tuméfiés, ni ramollis; la rate était diffluente et assez volumineuse.

La plèvre contenait une certaine quantité de sérosité fibrineuse; le poumon gauche, les lobes supérieur et inférieur du poumon droit étaient très congestionnés, mais le lobe moyen de celui-ci était le siège d'une hépatisation vraie; la surface de coupe en était granuleuse et noirâtre; le tissu, friable; et les fragments projetés dans l'eau ne surnageaient pas. Les méninges, les reins étaient congestionnés; l'endocarde et le cœur d'aspect normal, ses cavités ne contenant que des caillots agoniques.

Ne trouvant, en résumé, qu'une pleuro-pneumonie constituée par une hépatisation assez limitée et un épanchement médiocrement abondant, malgré les lésions congestives des principaux appareils, nous ne nous expliquions pas que la malade eût succombé aussi rapidement et avec un état général si nettement typhoïde.

Bientôt un nouveau cas très analogue, mais dont l'issue fut heureusement meilleure, s'offrait à nous.

Obs. II. — *Pneumonie gauche, état typhoïde, guérison.*

Ler..., femme Belh..., épileptique, d'une bonne santé habituelle, éprouve le 27 mars, après deux ou trois jours de malaise vague et d'anorexie, sans s'être exposée à aucune cause de refroidissement, des frissons réitérés, d'intenses douleurs de reins et une sensation d'oppression épigastrique. Teinte jaunâtre de la face, plaquée de rouge au niveau des pommettes. Langue très saburrale, état nauséeux, diarrhée légère. Toux fréquente, sans expectoration; signes stéthoscopiques insignifiants, vibrations vocales peut-être un peu augmentées à gauche, murmure respiratoire faible des deux côtés. T. m. 39°6; S. 40°2.

23. — Respirations fréquentes et courtes, toux quinteuse, rejet de quelques crachats un peu visqueux, où apparaissent des trainées de sang, mais qui ne présentent pas la coloration uniforme des crachats rouillés classiques.

Indifférence de la malade, qui ne répond plus aux questions, comme elle le fait volontiers d'ordinaire. La langue tend à devenir sèche, le ventre se ballonne, il y a une diarrhée brune abondante. *Urine* foncée, rare, *très albumineuse.* A la percussion, le son paraît diminué comparativement dans la fosse sous-épineuse gauche; le bruit respiratoire est un peu soufflant à ce niveau, mais sans mélange de râles. T. m. 39°8, s. 40°.

29. — Délire, plaintes incessantes. Pommette gauche plus colorée sur un teint bistré; conjonctives jaunâtres. Langue sèche au centre, rouge et encore humide sur les bords. *Diarrhée* persistante, *pas de taches rosées lenticulaires.* La percussion des régions hépatique et splénique paraît douloureuse. Albuminurie.

Deux *crachats sanglants*, presque noirs et visqueux. Dans la fosse sous-épineuse gauche et tournant vers l'aisselle, pluie de râles crépitants; matité à ce niveau et respiration soufflante. T. m. 39°; s. 39°6.

30. — Etat général très adynamique. Persistance du souffle dans la fosse sous-épineuse et l'aisselle, extension des râles crépitants vers la partie inférieure du poumon. T. m. 39,4; s. 40°.

Les jours suivants jusqu'au dixième jour il n'y eut pas grande modification dans les symptômes généraux; la température restait élevée avec des rémissions peu marquées. Le seul point à signaler, c'est la *mobilité et la variabilité des signes stéthoscopiques* qui se sont rapprochés beaucoup plutôt de ceux de la broncho-pneumonie que de ceux de la pneumonie franche, un mélange de râles crépitants et sous-crépitants fins, une submatité irrégulièrement disséminée, un souffle migrateur, des crachats tantôt sanglants, et plus ou moins visqueux, tantôt simplement muco-purulents.

A partir du 6 avril, les râles étaient devenus gros et humides, le bruit respiratoire n'était plus soufflant, la langue n'était plus sèche. La malade avait repris sa connaissance; elle répon-

dait convenablement aux questions, demandait à manger, mais elle restait très faible. Il y avait encore un peu d'albumine dans ses urines. La défervescence thermique s'était faite lentement, et la convalescence fut longue.

Dans l'intervalle qui s'est écoulé entre l'évolution de la précédente observation et celle qui suit, les travaux de réparation de l'égout ont été terminés dans la première cour de la section Esquirol ; mais d'autres semblables furent entrepris vers la fin de la première semaine de mai dans un petit préau, autour duquel se trouvent des cellules destinées à des épileptiques ou hystéro-épileptiques particulièrement agitées. C'est à l'une de ces malades que se rapporte le cas suivant.

OBS. III. — *Pneumonie double, épanchement péricardique, état typhoïde, guérison.*

Le 19 mai, nous trouvons la nommée Bail..., alitée et dans un état de profonde stupeur ; elle tousse, nous dit-on, et refusait de s'alimenter depuis quelques jours déjà. Nous ne referons pas l'exposé, jour par jour, des symptômes qu'elle a présentés pendant la durée de sa maladie qui fut d'un mois; beaucoup d'entre eux furent les mêmes que dans les deux observations précédentes. Il nous faudrait redire qu'nne fièvre continue irrégulière, avec des rémissions matinales très peu marquées; un état gastro-intestinal caractérisé par la sécheresse de la langue, l'anorexie, la *diarrhée*, l'*albuminurie*, la *prostration*, la teinte subictérique, la rate volumineuse et sensible ; des *épistaxis* même ont constitué un tableau analogue à celui de la dothiénentérie, mais *sans cycle thermique défini*, *sans taches rosées lenticulaires*.

Concurremment évoluait une inflammation du parenchyme pulmonaire, attestée par ses signes habituels, mais qui cette fois envahit successivement les deux poumons, affectant au plus haut degré le *type migrateur*.

De plus, cette malade présenta indubitablement une *complication péricardique*; car le cinquième jour, les battements du cœur, après avoir été très exagérés comme sonorité et d'une grande énergie impulsive, diminuèrent rapidement d'intensité, s'assourdirent et devinrent lointains, tandis que la matité précordiale s'étendait, qu'une voussure très appréciable se montrait au même niveau, et qu'avec des pulsations radiales très fréquentes, petites, inégales, nous constations l'accroissement de la dyspnée. — Cet épanchement péricardique se résorba sans doute assez vite, soit sous l'influence d'un vésicatoire qui fut appliqué, soit plutôt par la marche propre de la maladie, puisque le douzième jour la circulation générale s'était régularisée et que les battements du cœur s'entendaient de nouveau avec netteté. L'absence de bruits de frottement nous fait penser qu'il s'est produit plutôt de l'hydropéricarde qu'un travail inflammatoire vrai de la séreuse.

Ajoutons que la défervescence thermique se fit encore ici par lysis, non par chute brusque comme dans les pneumonies franches, et que l'apyrexie ne fut complète que vers la quatrième semaine.

OBS. IV. — *Pneumonie droite, pleurésie double, état typhoïde, guérison.*

Presque au moment où la malade précédente entrait en convalescence, une hystérique, Deu..., s'alita. — Céphalalgie, abattement, *épistaxis*, anorexie et *diarrhée* furent encore les symptômes du début. Le cinquième jour, une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine fut accusée par la malade, et nous constations dans le creux axillaire une bouffée de râles crépitants; le souffle tubaire apparut peu après, et quelques crachats sanguinolents furent expectorés. — Les *urines* étaient *albumineuses*. — La langue se sécha, la *stupeur* s'accentua. Il n'y eut pas de taches rosées lenticulaires.

Bientôt des râles-frottements étaient entendus des deux côtés de la colonne vertébrale et vers les bases des deux poumons; puis une matité à courbe parabolique, une égophonie manifeste venaient attester la présence d'une *couche de liquide* assez mince dans *les deux plèvres*.

Une température moins élevée, mais d'une marche aussi irrégulière que dans les autres observations, accompagnait l'évolution des manifestations pleuro-pulmonaires. Celles-ci entrèrent assez rapidement en résolution, tandis que l'état adynamique disparaissait; mais la santé ne se rétablit que lentement.

Voilà donc, dans un service d'hôpital où l'on n'observe quelquefois pas une pneumonie dans l'année, quatre épileptiques ou hystériques ayant présenté, en un court espace de temps, des inflammations broncho et pleuro-pulmonaires, accompagnées d'un cortège de symptômes qui mérite si bien l'épithète de typhoïde, que

la première malade fut considérée comme atteinte véritablement de dothiénentérie et qu'il fallut l'autopsie pour nous désabuser.

Nous avions pensé d'abord que la stupeur des premiers jours pouvait être attribuée, soit à l'emmagasinement bromique, soit à l'évolution assez particulière des maladies chez les aliénées; car trois de ces malades prenaient des doses journalières de 3 à 4 gram. de bromure comme traitement de leurs accidents épileptiques. Mais l'une d'entre elles était une hystérique non bromurée et non aliénée; l'explication ne valait donc rien. Ces femmes n'étaient point d'ailleurs dans les conditions d'âge avancé, d'hygiène insuffisante ou de mauvaise santé antérieure, qui rendent une pneumonie particulièrement grave et peuvent lui faire revêtir la forme adynamique.

Pour toutes ces raisons, et en réfléchissant à la coïncidence de ces quatre pneumonies avec les travaux considérables de terrassement dont nous avons parlé au début, nous croyons donc avoir assisté à une petite épidémie de ces pneumonies, qu'on a désignées successivement sous les noms de pneumonies typhoïdes, infectieuses, miasmatiques, etc.

Nons serions portés à incriminer ici l'action nocive des émanations d'égout, auxquelles un certain nombre d'auteurs ont accordé une importance majeure dans la production des pneumonies épidémiques.

Ces cas seraient donc à rapprocher de l'épidémie observée à Florence, en 1878, par Banti (1), qui en attribua la cause aux conditions particulières de cette ville où l'Arno, souvent desséché, ne contient plus dans son lit que les détritus versés par les égouts ; à rapprocher également des observations désignées en Angleterre sous le nom de *Sewer gas pneumonia* (pneumonies par gaz d'égoût) et dont on trouve un remarquable exemple dans le *Medical Times and Gazette* (avril et juin 1874).

Grimshaw et Moore n'ont-ils pas noté aussi l'accroissement du nombre des pneumonies à Dublin en 1874, après une sécheresse prolongée qui avait diminué d'une façon considérable la quantité d'eau circulant dans les égouts de la ville ?

(1) *Sperimentale*, 1879, traduit dans les *Archives de méd.* en 1880.

HYDROLOGIE

SAINT-GALMIER-BADOIT.

Depuis quelques années, la vogue des eaux minérales s'accentuant de plus en plus, la littérature médicale se trouve surchargée d'une quantité innombrable de brochures, celébrant à l'envi les mérites des sources les plus ignorées. Au milieu de ce luxe de publications, consacrées à l'hydrologie, une pauvreté singulière m'a frappé : une source dont on voit l'eau sur toutes les tables, Saint-Galmier, ne possède pas la moindre monographie scientifique. Un vieux maître, consulté par moi à ce sujet, m'a sentencieusement rappelé le proverbe : « Bon vin n'a pas besoin d'enseigne » ; pourtant, j'ai voulu savoir si les écrivains médicaux étaient restés muets sur ce liquide agréable et bienfaisant. J'ai consulté les journaux de médecine et j'ai constaté, en parcourant la collection de l'*Union Médicale*, que jamais on ne redira aussi bien aux médecins de 1883 ce que le docteur Amédée Latour, un des maitres du journalisme contemporain, disait si spirituellement aux praticiens de 1856.

. . . .

C'est pourquoi je me borne à transcrire ici, à peu près *in extenso*, la charmante causerie du maître :

C'est le bon Dieu qui a créé les eaux de Saint-Galmier; mais c'est un homme intelligent — M. Badoit — qui les a pour ainsi dire découvertes, et ce sont deux hommes d'esprit, deux médecins — MM. Munaret et Diday — qui en ont fait la fortune. Je voudrais contribuer à cette fortune, car je suis jaloux que les habitants des bassins de la Loire et du Rhône jouissent presque seuls du privilège de boire ces délicieuses eaux. Et comme ils y vont, nos bons compatriotes lyonnais! Une seule source, la source Badoit, qui fournit à un embouteillage de 7,000 bouteilles par jour, suffit tout au plus à la consommation lyonnaise (1).

Lyon, Saint-Etienne, Montbrison, raffolent de cette eau. Dans son enthousiasme un peu

(1) Aujourd'hui, 26 ans après la publication de cet article, la même source fournit annuellement plus de dix millions de bouteilles exportées dans toutes les parties du monde.

lyrique, notre excellent et spirituel confrère Diday la compare au vin d'Aï, sur lequel il lui trouve même des avantages. Mais je dois dire que notre non moins bon et spirituel confrère Munaret trouve la comparaison et la préférence un tant soit peu outrées, et j'ai idée que 'opinion générale sera pour lui. Toujours est-il que, partout où pénètrent ces eaux, elles entrent aussitôt dans la consommation générale; l'Avignonais, la Provence, le Languedoc, Genève, toute la Suisse, une grande partie de l'Italie s'en abreuvent déjà, et M. Badoit en expédie jusqu'aux Antilles et aux États-Unis. Et cependant, nous autres Parisiens la connaissons à peine. Nous continuons à faire un déplorable et niais usage de ces affreuses boissons factices à l'égard desquelles je partage, par exemple, l'éloquente indignation de M. Diday :

« Car, braves Parisiens, ce gaz acide carbonique, qu'à grand renfort de machines on emprisonne dans des parois de verre, aussitôt que s'ouvre le siphon, il part, il bouillonne, il s'exhale, et que reste-il dans nos verres? Une eau nauséeuse, lourde et plâtrée, qui gâte votre vin, qui n'est pas déjà trop bon. »

L'eau de Saint-Galmier est une eau de Seltz naturelle, telle qu'elle vient sourdre de la roche, telle que Dieu sait la fabriquer dans ses mystérieux procédés chimiques dont n'approcheront jamais nos grossières manipulations de laboratoire. Le gaz acide carbonique s'y trouve à l'état de combinaison et de compression. C'est une eau très limpide, d'une saveur acidule, franche, fort agréable. Son analyse la plus récente, faite par M. O. Henry, lui donne près de 3 grammes d'acide carbonique par litre, de nombreux bicarbonates et une certaine proportion de nitrate de magnésie, dont la présence semble expliquer ce fait si remarquable que les habitants de Saint-Galmier n'ont jamais compté parmi eux un seul calculeux. Ce fait est attesté par le docteur Ladevèze, dont la famille exerce la médecine à Saint-Galmier, de père en fils, depuis près de deux siècles.

L'eau minérale de Saint-Galmier est employée comme médicament et comme boisson hygiénique.

Comme emploi thérapeutique, ces eaux peuvent être prises à la source ou partout ailleurs, car le transport n'en altère en aucune façon les propriétés à la source. M. le docteur Ladevèze leur reconnaît une action puissance. Il les recommande surtout dans le traitement des inflammations si nombreuses, si fréquentes de l'estomac et des intestins, lorsque la maladie n'a pas atteint encore ou a franchi la période aiguë.

Selon M. Munaret, les vomissements spasmodiques, la boulimie, le pica, le pyrosis, la dyspepsie, la diarrhée sans réaction, toutes ces manières d'être de la gastro-entérite chronique réclament l'usage rationnel de la même eau et guérissent avec un *merveilleux succès*, en leur donnant comme adjuvants l'exercice et un régime convenable. M. Munaret conseille encore aux dames de nos villes, qui abusent de la civilisation, — c'est son expression diplomatique, — et qui sont en proie à la chlorose, à la leucorrhée, aux dérangements menstruels, un long usage de l'eau de Saint-Galmier.

. . . .

Le journaliste académicien que nous citons oppose ensuite l'eau des sources naturelles de Saint-Galmier aux eaux gazeuses fabriquées par le commerce; avec le spirituel docteur Diday, il dit :

« L'eau de Saint-Galmier c'est l'aimable compagne des hommes d'étude, l'utile alliée des entéralgiques, l'amie intime de toute belle, atteinte de vapeurs ou menacée de couperose, celle à qui les gastronomes doivent l'ineffable bienfait d'un repas de plus par jour, d'une indigestion de moins par repas, l'*eau de Seltz française*, pour la nommer de son vrai nom. »

Enfin, le docteur Amédée Latour termine sa causerie ainsi : Dans cet article, j'ai beauconp moins pour but d'attirer les malades à Saint-Galmier que d'attirer les eaux de Saint-Galmier à Paris.

— Le but visé par le rédacteur de l'*Union Médicale* a été dépassé. Avant de mourir, le regretté Latour a pu voir non seulement Saint-Galmier venir à Paris, il a encore assisté à la réalisation de cette prophétie du docteur Munaret : La source Badoit fera le tour du monde.

D.-F. DE MONTRÉAL.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Cadet de Gassicourt qui se porte comme candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

2° Une lettre de M. le docteur Paul Hélot, chirurgien en chef des hôpitaux de Rouen, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

—

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente le Compte rendu annuel des travaux de la Société médicale des hôpitaux pendant l'année 1882, par M. Desnos, secrétaire général.

M. Jules GUÉRIN présente un travail manuscrit de M. le docteur Charles Brun, sur le traitement du prolapsus utérin par le badigeonnage du col de l'utérus à l'aide d'un pinceau imbibé d'une solution de tannin dans l'alcool.

Mr CHEREAU : « Je prie l'Académie d'accepter, de la part de MM. François Trossat et Eraud, une brochure intitulée : *Recherches sur le rôle étiologique de l'ankylostome duodénal dans l'anémie des mineurs de Saint-Etienne.* Ces auteurs ont fait pour les mineurs de Saint-Etienne, ce que M. Perroncito avait fait pour les ouvriers employés au percement du Saint-Gothard : ils ont soumis à une étude très soignée plusieurs mineurs atteints de ce que l'on a appelé l'*Anémie des mineurs.* Ils ont, en particulier, examiné au microscope les déjections intestinales des malades et, comme M. Perroncito, ils y ont toujours trouvé le nématoïde, nommé par Dubini ankylostome, soit à l'état d'œuf, soit en voie d'évolution. A l'exemple, encore, de M. Perroncito, ils ont administré des anthelmintiques, soit l'extrait éthéré de fougère, soit l'acide thymique, et toujours, sous l'influence de ces agents, ils ont constaté la disparition graduelle de l'ankylostome.

Mais ici éclate une divergence radicale avec ce que le médecin italien avait observé chez les anémiques du Saint-Gothard : chez les mineurs du Saint-Gothard, l'extrait éthéré de fougère malade, ou l'acide thymique, en tuant le parasite, ont amené très rapidement la guérison des malades; chez les mineurs de Saint-Etienne, le même traitement, tout en conduisant de vie à trépas le même parasite, n'a paru produire aucun effet satisfaisant sur la santé des mineurs anémiés. De telle sorte que, malgré l'élimination du parasite, il restait une dépression de l'organisme et un affaiblissement général difficiles à vaincre, et contre lesquels il a fallu lutter par d'autres moyens que les parasiticides.

Un fait encore fort important à mettre en relief, c'est que MM. Trossat et Eraud ont trouvé le parasite chez des mineurs de Saint-Etienne, qui n'offraient pas les symptômes de l'anémie.

On devine la conclusion que nos laborieux confrères ont tirée de leurs recherches :

L'anémie ayant résisté au traitement anthelmintique et à la mort du parasite, l'ankylostome ne paraît pas être, chez les mineurs de Saint-Etienne, la cause exclusive de la maladie.

Il y a lieu de croire que l'anémie des mineurs de Saint-Etienne diffère de celle des ouvriers du Saint-Gothard. »

—

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer à l'Académie la nouvelle de la mort de l'un de ses membres associés nationaux les plus éminents, M. Charles Sédillot, ancien professeur du Val-de-Grâce, ancien directeur de l'École de médecine militaire de Strasbourg, ancien professeur à la Faculté de médecine de la même ville, décédé à Sainte-Menehould, à l'âge de 79 ans.

M. le Président énumère en quelques mots les travaux si nombreux et si recommandables de M. Charles Sédillot.

Sur l'invitation de M. le Président, M. LARREY donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Sédillot.

Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

—

M. le docteur PAQUET, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille, lit un travail intitulé : *Plaie du coude par arrachement, septicémie aiguë à forme gangréneuse, désarticulation de l'épaule, guérison.*

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans entré, le 6 juin 1882, à l'hôpital Sainte-Eugénie; opéré le surlendemain et sorti guéri le 13 juillet.

Cette observation, dit M. Paquet, prêterait à des considérations nombreuses et dignes d'intérêt; toutefois, je me contenterai d'insister sur deux points : 1° la présence de petits caillots dans l'artère et la veine axillaires, fait que je ne trouve mentionné dans aucune observation de septicémie aiguë de forme gangréneuse; 2° la modification heureuse qui s'est produite dans la partie interne des lambeaux, là où l'incision avait porté sur des tissus déjà malades; nous retrouvons la même particularité dans l'observation de M. Le Dentu; lui aussi s'était vu obligé d'empiéter de deux ou trois centimètres sur la zone bronzée.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Léon COLIN, à propos du procès-verbal, et pour rendre, dit-il, justice à M. Glénard,

donne lecture de la lettre adressée par ce médecin à l'Académie. Après avoir lu cette lettre, M. Colin ajoute que ce qui avait été contesté, dans son rapport, ce ne sont pas les chiffres donnés par M. Glénard : ces chiffres sont officiels, certainement exacts. M. Colin les a admis et les admet encore. Mais, s'il est permis d'en déduire, comme il l'a fait dans les publications antérieures à son rapport, la proportion croissante ou décroissante de la mortalité relative au nombre des soldats sous les drapeaux, si dans le chiffre élevé des décès causés par la fièvre typhoïde dans l'armée française, on peut voir un effet direct de la nouvelle organisation de cette armée et du grand nombre de sujets très jeunes qui en font partie, il n'est pas possible d'y chercher des arguments sérieux pour ou contre un traitement quelconque.

Comment, par exemple, se servir, à ce point de vue, des statistiques où, dans un même hôpital notamment, la fièvre typhoïde figurera pour 12 *morts* et seulement pour 10 *entrées !!* On avait oublié d'en rectifier le diagnostic sur la feuille d'entrée au moment de la mort. Il est donc tout à fait indispensable de tenir compte des causes d'erreur de ce genre.

M. Léon Colin reconnaît qu'il est utile de consacrer une colonne spéciale au pronostic, c'est-à-dire au rapport réel des chiffres de mortalité avec les chiffres d'invasion. Il promet, pour sa part, de le faire désormais aussi exactement que possible, quand il étudiera de nouveau la mortalité des soldats due à cette cause.

Mais ce ne sera pas, dit-il, chose facile et on ne pourra utiliser, dans ce but, avec avantage, que des tableaux dressés avec soin, particulièrement dans les grands hôpitaux militaires où l'on ne néglige pas ces questions de diagnostic, comme on est trop souvent obligé de le faire dans les petits hôpitaux civils ouverts aux soldats.

C'est déjà, du reste, en écartant les chiffres fournis par ces derniers, que M. Léon Colin en était arrivé à fixer la mortalité moyenne par fièvre typhoïde à 23 pour 100 environ, pour toute l'armée française, y compris les hôpitaux militaires de l'Algérie et des villes du Midi où cette mortalité est bien plus élevée que dans le reste de la France.

Mais si l'on s'en tenait aux hôpitaux de Paris, il faudrait encore considérablement abaisser le chiffre.

Du reste, M. Colin est complètement d'accord avec M. Jules Guérin sur l'existence des formes ébauchées et fort mal accusées de fièvres typhoïdes, qui sont bien certainement des fièvres typhoïdes se rattachant aux mêmes causes que les plus complètes de celles-ci.

Si l'on ne tient pas compte de cette cause d'erreur, on arrive à des chiffres formidables qui donnent beau jeu à tous ceux qui préconisent un traitement quel qu'il soit. Mieux vaut donc éviter ces exagérations dans l'intérêt même de la méthode de Brand, dont M. Colin n'est pas l'adversaire, tant s'en faut, car il l'a employée lui-même au Val-de-Grâce et en a obtenu de très bons résultats.

M. Jaccoud a la parole pour la continuation de la discussion sur la fièvre typhoïde.

L'orateur déclare que, depuis seize ans, il soumet les typhoïdiques à un traitement uniforme dont il vient exposer à l'Académie les raisons, les moyens et les résultats.

Les raisons de ce traitement uniforme il les puisa dans deux caractères de la fièvre typhoïde, caractères constants et indépendants de l'individualité des maladies : 1° l'adynamie, 2° la calorification anormale.

De ces caractères résultent deux indications thérapeutiques : 1° épargner et soutenir, dès le début, les forces des malades; 2° soustraire une portion de la chaleur produite et restreindre la production de cette chaleur.

Ces indications, M. Jaccoud les remplit dès qu'il est certain du diagnostic, sans attendre, en se croisant les bras, que se produisent les accidents auxquels il veut remédier.

Il obéit à ces indications fondamentales par un traitement non seulement uniforme, mais encore institué d'emblée, dès que le diagnostic est assuré.

Ce traitement comprend deux parties, l'une constante qui est d'abord l'alimentation avec du bouillon, du vin et surtout du lait. M. Jaccoud fait prendre le lait dans la proportion de un à deux litres par jour. Indépendamment de ses propriétés alimentaires, ce liquide a pour effet d'augmenter la diurèse et de prévenir ainsi les accidents spéciaux résultant de la rétention de l'urine.

Outre l'alimentation, le traitement constant comprend en deuxième lieu la médication par l'alcool, qui est donné à la dose de 30 à 80 grammes par jour, dans une potion à prendre par cuillerées.

A cette potion alcoolique, M. Jaccoud ajoute 3 ou 4 grammes d'extrait de quinquina, et cet ensemble est maintenu invariablement pendant toute la durée de la fièvre.

Il compte ainsi satisfaire à l'indication première tirée de l'adynamie, et aussi à celle tirée du processus fébrile.

Mais M. Jaccoud n'a garde de s'en tenir là. Dès le début, il s'efforce de remplir aussi l'indi-

cation tirée de la température anormale, en prescrivant des lotions froides à l'eau vinaigrée ou mieux au vinaigre aromatique, au nombre de quatre, six, huit et même dix par jour, suivant le degré de la température accusée au thermomètre.

L'effet de ces lotions est constant. Il en résulte une réfrigération temporaire, une rémission artificielle, il est vrai, mais qui exerce également son action sur le processus calorigène lui-même, si bien qu'au bout de deux ou trois jours les indications de la courbe démontrent qu'il s'est produit non seulement une action antithermique, mais encore une action antifébrile. Une portion de la chaleur produite est soustraite et, en même temps, la production de cette chaleur est restreinte.

Voilà pour le traitement constant. A ce traitement, M. Jaccoud joint un traitement éventuel. Quand il reconnaît que le cas est grave, à la continuité de la fièvre, au défaut d'amplitude des rémissions matinales qui ne dépassent pas ou n'atteignent même pas 1 degré, à une série ininterrompue de températures vespérales dépassant 40 degrés, au défaut d'abaissement de la courbe thermique après trois ou quatre jours de lotions froides, à la défaillance du cœur que l'on reconnaît, soit au tracé du sphygmographe, soit à l'examen direct de l'organe lui-même; lorsque, à ces signes divers, M. Jaccoud se trouve édifié sur le caractère grave de la fièvre, alors il intervient d'une manière plus active et il associe à la médication précédente les médicaments antifébriles, d'après la méthode suivante : 1° obtenir le maximum d'effet antipyrétique avec le minimum possible de dose médicamenteuse. Dans ce but, M. Jaccoud emploie la quinine sous forme de bromhydrate de quinine préférable, suivant lui, au sulfate de quinine, parce qu'il fatigue moins l'estomac. Dans certains cas, il remplace la quinine par l'acide salicylique.

Il procède, dans l'administration du médicament, par séries de deux ou trois jours consécutifs, laissant entre deux séries un intervalle de quarante-huit heures.

Il donne, par exemple : le premier jour, 1 gramme 50 à 2 grammes; le deuxième jour, 1 gramme à 1 gramme 50 ; puis, il laisse écouler un intervalle de quarante-huit heures, après lequel il recommence une nouvelle série, ainsi de suite.

Quelle que soit la dose du médicament, la totalité de la dose doit être administrée en trente minutes. On la donne, le matin, de dix heures à dix heures et demie ; le soir, de neuf heures et demie à dix heures, en se décidant d'après l'examen de la courbe thermique. Dans les cas exceptionnels, M. Jaccoud cherche à agir exclusivement, sur la chaleur du matin jusqu'à ce que la fièvre ait repris son allure normale.

Il a vu constamment, sous l'influence de cette médication, du matin au soir, ou du soir au matin, une chute de la température de 1 à 2 degrés. Après une ou deux séries médicamenteuses, on voit la courbe thermique évoluer définitivement au-dessous de son niveau primitif, suivant, du reste, la durée de la fièvre.

Quant à la raison du choix à faire entre la quinine et l'acide salicylique, M. Jaccoud en donne la suivante :

Les deux médicaments ayant une action antithermique suffisamment égale, l'acide salicylique a pour effet spécial de remédier aux accidents résultant de la rétention excrémentitielle de l'urine; il favorise l'élimination des produits azotés de ce liquide.

En outre, l'acide salicylique a des propriétés antiseptiques particulièrement puissantes et appropriées à la maladie qu'il s'agit de traiter.

M. Jaccoud le préfère à la quinine toutes les fois que les conditions de la maladie le lui permettent, et que ce choix n'est pas entravé par des contre-indications telles que l'alcoolisme, des accidents cérébraux violents, la faiblesse du cœur, des déterminations rénales, l'intensité des symptômes thoraciques.

Quant à la troisième indication tirée des congestions pulmonaires hypostatiques, elle est remplie par l'application de 40 ou 60 ventouses sèches sur les membres inférieurs et à la base de la poitrine.

Maintenant, si l'on considère les *résultats* fournis par cette médication uniformément variée, M. Jaccoud déclare que, pendant une période de 16 ans, il a traité ainsi un nombre de 655 malades sur lequel il a eu 71 décès, soit une mortalité de 10,83 p. 100.

Ce résultat est-il bon ? se demande l'orateur. Pour en juger, dit-il, il faudrait connaître le chiffre qui exprime la mortalité naturelle de la fièvre typhoïde abandonnée, pour ainsi dire, à elle-même. Pour le déterminer approximativement, il faut éviter les nombreuses causes d'erreur qui tiennent à la formation de statistiques restreintes et provenant d'épidémies isolées. Il faut pouvoir agir sur des nombres considérables. On peut arriver à une appréciation suffisamment exacte, si l'on opère sur des chiffres très élevés, si l'on néglige les séries dans lesquelles la maladie a été soumise à un traitement énergique, capable d'en modifier la nature et la terminaison, si, enfin, on utilise les séries provenant des pays et des climats divers.

En tenant compte de toutes ces conditions, M. Jaccoud est parvenu à réunir un total de 80,140 cas donnant une mortalité de 19,23 p. 100.

Telle serait, d'après lui, la mortalité naturelle de la fièvre typhoïde abandonnée, en quelque sorte, à elle-même, c'est-à-dire en laissant de côté les relevés concernant les cas traités par les médications énergiques, telles que les réfrigérants et les antipyrétiques, et ne considérant que les cas soumis aux médications simplement évacuantes, symptomatiques, expectantes ou indifférentes dans les diverses contrées du globe. D'après les calculs et les recherches concordantes de M. Jaccoud, on peut prendre le chiffre de 19 p. 100 comme exprimant la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde abandonnée aux seuls efforts de la nature.

Le traitement de M. Jaccoud, donnant une mortalité de 10.83 p. 100, offre donc un bon résultat qui en garantit l'efficacité.

L'orateur ne croirait pas avoir accompli toute sa tâche s'il ne joignait sa protestation à celles qui se sont déjà élevées contre les excès thérapeutiques dont la fièvre typhoïde a été le point de départ et l'occasion dans la période troublée que nous traversons.

Cette période comprend déjà deux phases distinctes : l'excès a commencé avec cette idée fausse que la fièvre est toute la maladie et que, par conséquent, la seule et unique préoccupation du médecin doit être de travailler sans relâche à réduire au minimum la température fébrile. C'est la phase antipyrétique pure.

L'erreur a consisté, dans la pratique, dans l'élévation exagérée des doses des médicaments réputés antifébriles et, en particulier, de la quinine.

L'idée des médecins a été de faire évoluer la fièvre typhoïde sans fièvre, « le typhus sans fièvre », suivant l'expression d'un médecin allemand. Les choses ont été poussées à ce point d'exagération que Liebermeister, qui donne fréquemment d'emblée jusqu'à trois grammes de sulfate de quinine, a été amené à signaler le grave danger des doses plus élevées de quinine et à blâmer la conduite de ceux de ses confrères qui n'ont pas hésité à donner jusqu'à quatre ou cinq grammes de sulfate de quinine dans les vingt-quatre heures.

Le mal s'est encore aggravé lorsqu'on s'est imaginé d'appliquer à la pathologie et à la thérapeutique les doctrines parasitaires. Ça été alors un véritable déchaînement d'excès thérapeutiques. On ne s'est plus contenté d'accroître les doses des médicaments antipyrétiques ; avant tout et surtout il fallait pourchasser et tuer le microbe, cause de tout le mal, à coups de quinine combinée avec l'acide phénique ou salicylique, etc.

Or, que l'on songe à l'action que ces médicaments exercent sur le cerveau, le cœur, les poumons, et l'on comprendra le danger de semblables associations dans lesquelles chacun de ces remèdes était porté à des doses élevées

Nous avons vu se reproduire, sous l'influence du système parasitaire, les mêmes fâcheux errements des temps de Rasori et de Broussais; on tuait alors les malades au nom du stimulus et de l'irritation ; on les tue, aujourd'ui, au nom du microbe.

Il suffit, cependant, pour se préserver de pareils excès, de laisser chaque question sur son véritable terrain. Quel que soit le rôle que joue le microbe dans la genèse de la maladie, il faut avant tout songer au malade, et voir dans quelle mesure il peut supporter notre intervention; la tolérance du malade doit être l'unique mesure de l'intervention thérapeutique. Qu'importe que la fièvre typhoïde soit produite par un microbe, si, pour tuer ce microbe, vous êtes amenés à donner au malade des doses de médicaments qui soient au-dessus de ses forces! Restons donc médecins et sachons élever une barrière infranchissable contre les entreprises meurtrières de l'esprit de système! (Applaudissements.)

— La séance est levée à cinq heures.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 26 janvier au 1er février 1883.— Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,149.— Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 15. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 38. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 3. — Infections puerpérales, 0. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 52. — Phthisie pulmonaire, 239. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 52. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 62. — Bronchites aiguës, 33. — Pneumonie, 95. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 53 ; au sein et mixte, 18; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 111; circulatoire, 67; respiratoire, 104; digestif, 50; génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 11. —Après traumatisme, 2. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 5e semaine. — Il a été notifié cette semaine, au service de la statistique, 1,253 naissances et 1,149 décès.

Ce dernier chiffre est supérieur à la moyenne des décès relevés pendant les quatre dernières semaines, qui est de 1,117. Mais il reste bien inférieur à la moyenne des naissances, laquelle s'élève, pour la même période, à 1,282.

A l'égard des affections épidémiques ou contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente, fait ressortir : une légère aggravation pour la Variole (15 au lieu de 14), la Rougeole (17 au lieu de 11), la Scarlatine (3 au lieu de 2), et la Coqueluche (8 au lieu de 7) ;

Une sensible atténuation pour la Fièvre typhoïde (45 décès au lieu 66), la Diphthérie (38 au lieu de 42), l'Erysipèle (3 au lieu de 8).

L'Infection puerpérale n'a fait cette semaine aucune victime.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse une aggravation pour la Diphthérie (31 admissions pendant la semaine du 22 au 28 janvier au lieu de 16 pendant les 7 jours précédents), et pour la Variole (33 au lieu de 15).

Mais nous sommes heureux d'avoir à constater que l'épidémie de Fièvre typhoïde semble décidément terminée. On a vu plus haut que le nombre des décès typhiques, 45, est en décroissance notable sur celui de la dernière semaine : il ne dépasse pas la mortalité moyenne observée à Paris, du chef de la Fièvre tydhoïde, en temps de non-épidémie. Ajoutons que les hôpitaux de Paris n'ont reçu, pendant la période sus-indiquée, que 67 personnes atteintes de cette affection : ils en avaient admis 146 pendant la période précédente.

Le moment nous paraît donc venu de dresser le bilan de l'épidémie de Fièvre typhoïde. Elle a commencé vers le 4 août 1882. Depuis ce jour jusqu'au 31 janvier dernier, elle n'a pas fait moins de 2,437 victimes.

Les quartiers les plus éprouvés, au point de vue des nombres absolus des décès, sont les suivants :

La Villette	112	décès.
Clignancourt	91	—
Quinze-Vingts	91	—
La Roquette	85	—
Porte-Saint-Martin	80	—
Goutte-d'Or	68	—
Saint-Gervais	67	—
École Militaire	61	—
Combat	61	—
Grandes Carrières	54	—

Les quartiers les moins frappés (en ne considérant toujours que les nombres absolus des décès) se classent de la manière suivante :

La Santé	2	décès.
Bel-Air	3	—
Gaillon	4	—

Petit-Montrouge, Saint-Lambert, Auteuil, Porte Dauphine, chacun 7 ; Saint-Germain-l'Auxerrois, Vivienne, Champs-Élysées, chacun 8.

Ce classement change si, au lieu des nombres absolus de décès, nous considérons les nombres proportionnels par 100,000 habitants.

C'est au point de vue statistique, la seule nanière de se rendre compte de la répartition et de l'intensité relatives du fléau.

Dans ces conditions, le quartier de l'*École-Militaire* est celui qui a été le plus frappé eu égard à sa population (17,464 habitants), puis viennent les quartiers de *La Villette*, des *Quinze-Vingts*, de la *Porte-Saint-Martin*, de la *Goutte-d'Or*, du *Combat*, *Saint-Gervais*, *Clignancourt*, les *Grandes-Carrières*, *La Roquette*, etc.

On remarquera que ces divers quartiers se trouvent dans des circonstances qui expliquent jusqu'à un certain point, la mortalité élevée qui a sévi sur eux. Le quartier de l'*École Militaire* renferme plusieurs casernes et est à proximité de l'hôpital militaire du *Gros-Caillou* ; le quartier de *La Villette*, voisin du dépotoir, est le siège d'usines importantes ; celui des *Quinze-Vingts* compte deux hôpitaux et une prison, etc.

Ces faits démontrent ce que nous avons déjà avancé, à savoir que la violence des maladies épidémiques ne sera atténué que par l'utilisation des moyens de préservation que l'hygiène commande, c'est-à-dire, pour les malades traités chez eux, l'emploi des désinfectants ; pour les autres, le transport dans des hôpitaux *extra-muros*.

D[r] BERTILLON,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Société centrale. — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu dimanche 11 février, à 2 heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Ordre du jour : Allocution du Président ; — rapport du Secrétaire ; — compte rendu du Trésorier ; — ratification des admissions faites dans l'année ; — renouvellement du bureau de la Commission administrative ; — élection de douze membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants.

Faculté de médecine de Paris. — Les consignations pour les examens, dont désignation suit, seront reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées :

Ancien régime d'études. — Pour le premier examen de doctorat, jusqu'au mardi 10 avril inclusivement ; pour le deuxième examen de doctorat, jusqu'au mardi 24 avril inclusivement.

Nouveau régime d'études. — Pour le deuxième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 10 avril inclusivement ; pour la deuxième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 24 avril inclusivement ; pour le troisième examen de doctorat (ancien mode), jusqu'au 29 mai inclusivement ; pour le quatrième examen (ancien et nouveau modes), jusqu'au 12 juin inclusivement ; pour le cinquième examen de doctorat (ancien et nouveau modes), jusqu'au 26 juin inclusivement ; pour le troisième examen d'officiat et les examens de sage-femme, jusqu'au 26 juin inclusivement ; pour les thèses, jusqu'au mardi 17 juillet inclusivement.

Les élèves ajournés, après le 15 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se représenter avant les vacances. Passé le 17 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidences de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en séries d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser, par écrit, la demande à M. le doyen.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — A la suite du concours qui eu lieu le 23 novembre 1882 entre les internes en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine, pour l'obtention d'une bourse de voyage de 2,000 francs, M. le préfet de la Seine, sur la proposition du jury du concours a, par arrêté en date du 22 janvier 1883, décidé que cette bourse serait, pour l'année 1884, accordée à M. le docteur Marcel-Briand, ex-interne en médecine à l'asile Sainte-Anne.

Aux termes de l'arrêté du 22 septembre 1881, qui a réglementé ce concours, le lauréat doit déposer à la préfecture de la Seine, dans le délai d'une année, à partir du 1er janvier qui suivra le concours, un rapport contenant ses appréciations sur l'organisation des asiles d'aliénés qu'il aura visités et sur les divers modes de traitement en usage dans ces établissements.

Alcool de chicorée. — D'après la *Chemiker Zeitung*, on peut facilement extraire de l'alcool de la chicorée, dont la racine contient en moyenne 25 pour 100 de substances transformables en sucre. L'alcool obtenu par fermentation et distillation se distingue par un goût agréable et une grande pureté.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fuzier (de Millhau) et Marty (de Revel).

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 10 février 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Contribution à l'étude du catarrhe intestinal à mucosités membraniformes, par M. Thevenot. — 2° Observation du mal de Pott durant depuis huit ans, par M. Dubrisay. — 3° Élection d'un secrétaire annuel en remplacement de M. Marchal. — 4° Vote sur la candidature de M. Guibout au titre de membre honoraire.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

DES ALTÉRATIONS OCCASIONNÉES PAR LE DISTOMA HÆMATOBIUM DANS LES VOIES URINAIRES ET DANS LE GROS INTESTIN.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur ZANCAROL, médecin en chef de l'hôpital grec d'Alexandrie.

J'ai l'honneur de présenter à la Société médicale des hôpitaux de Paris, quelques matériaux qui peuvent servir à l'histoire anatomo-pathologique de Distoma hæmatobium, ou Bilharzia hæmatobium (Cobbald).

J'ai eu déjà l'honneur de communiquer, à la Société de chirurgie de Paris, un mémoire sur le même sujet au point de vue chirurgical, aussi me bornerai-je, aujourd'hui, à aborder la question au point de vue médical et anatomo-pathologique.

Le distoma hæmatobium est un trématode à sexes séparés, découvert par Bilharz en 1851, en Egypte, et plus tard par Harley, au Cap.

L'individu mâle que je vous présente est cylindrique et mesure environ 1 centimètre de longueur. Il est muni d'une sorte de cavité, ou canal gynécophore, dans laquelle est reçu l'individu femelle pendant l'acte de la copulation. La femelle est beaucoup plus ténue que le mâle, plus grêle, filiforme ; elle est aussi plus longue et atteint environ 1 centimètre 1/2 de longueur. L'habitat ordinaire de cet entozoaire est le sang de la veine porte, des veines mésaraïques, vésicales et hémorrhoïdales.

Il est bon de noter que le mâle présente à son extrémité céphalique une première ventouse et, vers la réunion du premier et du second quart, une deuxième ventouse : il en résulte, pour ce ver, la possibilité de se fixer solidement aux parois veineuses et de n'être point entraîné par le courant sanguin.

FEUILLETON

CAUSERIES.

Le service dentaire dans les écoles communales et dans les hôpitaux. — Les maisons pénitentiaires en Russie. — Le *trade-mill* en Angleterre.

Notre Conseil municipal, dans sa séance du 2 février dernier, s'est pour un moment transformé en Société savante médicale. M. Taillebois, frappé probablement des inconvénients qu'il peut y avoir à abandonner l'évolution des dents, chez les enfants de la classe ouvrière, aux bons soins de la nature seule, avait proposé d'organiser un service dentaire dans les écoles communales de la ville. Une commission fut nommée pour étudier la question, et son rapporteur, M. Levraud, conclut qu'il n'y avait pas lieu de bien accueillir les propositions de M. Taillebois. Une discussion, à laquelle prirent part presque tous les nombreux médecins qui font partie du Conseil municipal, fut terminée par l'adoption des conclusions du rapporteur. Néanmoins, l'Assemblée invita en même temps l'Administration à étudier l'organisation de visites sanitaires périodiques qui seraient faites par les médecins inspecteurs actuels, spécialement au point de vue des dents, des yeux et des oreilles, et M. le directeur de l'Assistance publique à reprendre l'étude de la création de services dentaires gratuits dans les hôpitaux de Paris.

Je retiens les deux invitations de l'assemblée, et j'admire surtout cette idée de faire visiter par les médecins-inspecteurs actuels les dents, les yeux et les oreilles des enfants. Je m'imagine que ces visites auront pour but de reconnaître les maladies qui pourront atteindre ces

C'est l'existence des œufs et des embryons de ce parasite dans l'urine (souvent



Œufs et embryons du Distoma avec cristaux urinaires
(Phosphates ammoniaco-magnésiens.)

sanguinolente par le fait des altérations de la muqueuse vésicale), et plus rarement dans les matières fécales, qui trahit la présence du trématode dans l'organisme. Semblablement, ce sont ces œufs répandus dans la trame des tissus qui déterminent le développement des graves lésions anatomo-pathologiques que vous allez constater de visu sur les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de vous présenter, pièces au nombre de deux, appartenant à deux adultes arabes fellahs, morts dans mon service, à l'hôpital grec d'Alexandrie.

Le premier a succombé deux jours après son entrée, avec les symptômes d'ulcérations intestinales chroniques. A l'autopsie, j'ai pu recueillir la très intéressante pièce dont la photographie est ci-après annexée. C'est la partie inférieure du colon descendant, l'S iliaque et une partie du rectum. Les parois de l'intestin sont très grosses et épaissies, presque uniquement aux dépens de la muqueuse.

La surface interne de cette membrane est entièrement couverte et comme hérissée

---

organes, et d'y porter remède. Or, sans vouloir dire le moins du monde une chose désagréable à MM. les médecins-inspecteurs actuels, je crois pouvoir mettre en doute leur compétence relativement au diagnostic des maladies des dents, des yeux, des oreilles, et au traitement de ces maladies. Ceux qui se sont occupés spécialement de la question pendant de longues années sont assez souvent encore embarrassés sur ces deux points, sur le premier surtout, à plus forte raison ceux qui ne connaissent de ces questions que ce qu'ils ont appris à l'hôpital ou dans les livres pour passer leurs examens, c'est-à-dire à peu près rien.

Mais, je suppose même qu'il s'agisse d'une simple carie dentaire bien évidente. Que fera le médecin-inspecteur ? Se contentera-t-il de constater la lésion et de la consigner sur un rapport ? Alors sa visite est inutile; car ce n'est pas son rapport qui empêchera l'enfant de souffrir. Soignera-t-il cette carie ? Mais où aura-t-il appris à le faire ? Car il ne faut pas s'imaginer que le traitement de la carie dentaire, chez l'enfant surtout, consiste dans l'extraction pure et simple de la dent malade. Sans vouloir entrer dans de trop grands détails, on peut dire que, chez l'adulte, cette méthode n'a pas souvent d'autre inconvénient que de priver le patient d'une dent; mais, chez l'enfant, elle en a de très grands, ne serait-ce que d'empêcher le développement de la mâchoire, nécessaire pour que les dents définitives puissent y trouver place. Nous n'en sommes plus au temps où un médecin, membre du Conseil municipal actuel, pouvait se vanter, étant élève, d'arracher tous les matins une centaine de dents à l'hôpital des Enfants. Car si jamais on a pu dire : « Guérissez, n'arrachez pas », c'est surtout lorsqu'il s'agit de carie dentaire chez les enfants.

Et les dents qui poussent de travers, et la myopie progressive, et les catarrhes de l'oreille moyenne? Qu'en fera le médecin-inspecteur? A mon humble avis, je crois qu'il sera bien embarrassé. Il y a certainement quelque chose à faire dans cette voie, mais je demande à mes

de végétations qui, à l'état frais, étaient comparables à des hémorrhoïdes internes avec lesquelles on aurait pu les confondre, si l'on ne tenait pas compte de leur abondance et de leur siège.

Ces végétations ont une hauteur de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2; leur base, très élargie, mesure environ 8 à 10 millimètres. Dans les intervalles de ces végétations, on observe une surface tantôt granuleuse, tantôt tout à fait lisse.

Nous trouvons donc réunies, dans ce cas, la forme végétante et la forme granuleuse déjà décrites : la première, par Bilharz; la seconde, par Sonsino. Ces deux formes, en apparence différentes, tiennent en réalité à l'infiltration de la muqueuse par les œufs du distoma hæmatobium.

En effet, si l'on fait des coupes microscopiques de la végétation, aussi bien de la muqueuse que des parois de l'intestin tout entier, telles que celles que j'ai l'honneur de présenter à la Société, et que je dois à l'obligeance de mon ami le docteur Damaschino, on voit manifestement :

1° Que ces végétations sont formées par un véritable repli de la muqueuse intestinale et du tissu sous-muqueux, lesquels sont considérablement épaissis; la couche glandulaire mesure en hauteur jusqu'à

2° Qu'entre la couche glandulaire et la tunique musculaire, la sous-muqueuse est absolument farcie par les œufs du distoma hæmatobium. On trouve quelques-uns de ceux-ci disséminés au milieu des glandes tubuleuses, mais leur plus grande abondance est manifestement dans l'épaisseur même du stroma de la muqueuse. Ces œufs se montrent sous l'aspect d'ovoïdes qui représentent assez bien la forme de semences de courge dont une des extrémités est arrondie et l'autre pointue. Il est en outre digne de remarque que dans un grand nombre de ces œufs une sorte d'épine ou appendice pointu est latéral, caractère très commun des œufs de distoma lorsqu'on les rencontre dans l'épaisseur des tuniques intestinales; au contraire, cet appendice est toujours situé à l'une des extrémités sur les œufs que l'on rencontre dans les voies urinaires. Vous pourrez d'ailleurs vous en convaincre en examinant les coupes microscopiques relatives aux pièces qui font l'objet de ma seconde présentation. Ces œufs mesurent en longueur de 0mm171 à 0mm159 sur 0mm06 à 0mm054 de large.

Les dimensions de l'appendice varient de 0mm033 à 8mm027 de longueur; la pointe en est tout à fait aiguë; la base adhère à l'œuf par un bord dont les dimensions sont de 0mm024 à 0mm021.

---

lecteurs de vouloir bien, avant de me prononcer à cet égard, me laisser, comme au Conseil municipal, le temps d'y réfléchir.

***

La création de services dentaires dans les hôpitaux de Paris, est une idée qui a déjà occupé beaucoup de bons esprits, et dont la réalisation a toujours été reculée à cause des difficultés d'exécution qu'on a rencontrées. Pendant un certain nombre d'années, le regretté Delestre a eu un service de ce genre à la Charité. Depuis sa mort c'est, je crois, son ancien garçon infirmier qui *exerce* seul. Il doit en faire de belles. On a nommé aussi depuis quelques temps des dentistes à la Salpêtrière et aux Quinze-Vingts, je ne sais trop pourquoi. La difficulté principale qui avait entravé l'organisation de ce service dans les hôpitaux, était le manque de personnel. On ne voulait pas confier ces services à des dentistes non munis du titre de docteur de la Faculté de Paris, et cela se conçoit; aujourd'hui, cette raison n'existe plus. Bon nombre de jeunes médecins, anciens chefs de clinique de M. Magitot, et docteurs en médecine, pourraient remplir dignement ces places. Naturellement le mode de recrutement serait le concours. Peut-être celui-ci serait-il faible dans les premiers temps, mais il ne le serait guère plus que ceux qui ont eu lieu pour les places de médecins des services d'aliénés, et d'ailleurs j'ai tout lieu de croire qu'ils ne tarderaient pas à acquérir un niveau plus élevé. Quelques anciens internes des hôpitaux ont déjà pris place parmi les dentistes de Paris; si l'on créait des services de dentistes des hôpitaux, je suis persuadé que, dans deux ou trois ans, tous les premiers rangs seraient occupés par d'anciens internes.

Maintenant que la *dentisterie*, comme disent les Anglo-américains, n'est plus exclusivement un art mécanique, mais rentre de plus en plus dans la science médicale grâce à la notion

En râclant la muqueuse intestinale, surtout à l'état frais, des œufs en grande quantité peuvent être aisément recueillis et soumis à l'examen microscopique, ce qui donne une idée de leur extrême abondance. Ces œufs ont été certainement pondus dans les veines hémorrhoïdales et leurs ramifications, car c'est là qu'on rencontre le parasite adulte de deux sexes. Mais par quel mécanisme passent-ils des vaisseaux pour s'infiltrer entre les tissus et dans l'épaisseur même du stroma de la muqueuse; voilà une question qui reste absolument à résoudre et sur laquelle nous ne possédons encore aucune notion positive. Quant à moi, je suis absolument convaincu que cette infiltration doit se faire par rupture des vaisseaux, mais il ne m'a pas encore été possible de recueillir des preuves démonstratives à l'appui de ma manière de voir.

La seconde pièce que j'ai l'honneur de vous présenter appartient à un homme mort d'urémie dans mon service et chez lequel pendant la vie j'avais pu constater la présence des œufs et des embryons du distoma hæmatobium dans les urines.

Cette pièce comprend les deux reins avec leurs uretères et la vessie. Le rein droit, très augmenté de volume, mesurant 13 centimètres de long sur 8 de large, est atteint d'hydronéphrose; sa surface bosselée présente trois saillies volumineuses en forme de cavités kystiques lesquelles communiquent avec le bassinet qui est lui-même très élargi; par conséquent elles communiquent aussi entre elles. A la partie moyenne du bord interne, on rencontre un petit kyste urineux complètement fermé. La distinction des deux substances corticale et médullaire du rein a tout à fait disparu, et le tissu de l'organe est uniquement constitué par une couche presque homogène, manifestement indurée et dont l'épaisseur au sommet des bosselures kystoïdes ne dépasse pas 3 à 4 millimètres. Çà et là, quelques petits foyers de suppuration miliaire se rencontrent à la surface du parenchyme.

L'uretère droit est énormément élargi, tortueux par places et présentant des rétrécissements par intervalles.

Le rein gauche est aussi très augmenté de volume, il mesure 11 centimètres de longueur sur 9 de largeur; à sa surface, il présente quelques petites cavités kystiques, mais ses deux substances aussi bien corticale que tubulaire sont épaissies. De petits abcès pisiformes se voient dans le parenchyme, surtout à la surface. Le bassinet est également élargi.

L'uretère gauche est très gros, mais ici c'est aux dépens de ses parois qui ont atteint des dimensions énormes; il en résulte que la lumière du conduit est presque

---

de la participation des lésions dentaires aux maladies générales, la situation du dentiste dans le Corps médical ne peut que s'élever de jour en jour, et la répugnance que pouvait avoir un *ancien interne* des hôpitaux *à se faire dentiste*, plus ou moins justifiée autrefois, n'a plus de raison d'être aujourd'hui.

*
* *

J'ai lu avec grand intérêt un article du prince Krapotkine sur les prisons russes, que vient de reproduire la *Revue politique et littéraire* du 19 janvier. Je ne puis aborder ici le côté politique de la question, mais il est certains détails qui ne peuvent laisser indifférent le médecin. « Les principes sur lesquels reposent les institutions pénales de la Russie, dit en commençant l'auteur, ne sont pas plus mauvais que les principes appliqués dans l'ouest de l'Europe. J'incline plutôt à croire le contraire. Mais en Russie, les principes sont toujours gâtés par l'application. » Sans savoir ce que sont ces principes, il faut convenir que l'exécution est singulièrement contraire à toutes les règles les plus élémentaires de l'hygiène et de l'humanité. En lisant les pages écrites par le célèbre agitateur russe, on comprend que les prisons soient de véritables foyers d'infection, et que les épidémies soient si meurtrières dans certaines parties de la Russie. Voici ce que Mme C..., née Koutouzoff, raconte dans ses souvenirs de prison.

« Je fus mise provisoirement, avec cinq autres, au dépôt. La partie affectée aux femmes étant en ruines, on nous mit avec les hommes. Je ne savais que devenir; il n'y avait rien pour s'asseoir, excepté le sol, d'une saleté repoussante; il n'y avait pas même de paille, et une telle puanteur que je fus prise aussitôt de vomissements. Les cabinets d'aisance étaient un large cloaque qu'il fallait traverser sur une échelle cassée; l'échelle se rompit sou les

normale. La surface de sa tunique muqueuse est irrégulière, véritablement tomenteuse.

Quant à la vessie, elle présente des lésions bien rares en raison de leur extrême développement. Ses parois sont, en effet, énormément épaissies puisqu'elles atteignent et même dépassent quelque peu trois centimètres d'épaisseur : leur consistance est extrêmement dure et leur élasticité tout à fait perdue. Comme celles de l'uretère, elles crient sous le scalpel. La muqueuse vésicale est granuleuse et parsemée de très petites végétations. Par le râclage à l'état frais, j'ai pu recueillir en abondance des œufs de distoma hæmatobium, lesquels présentaient l'appendice terminal qui est habituel aux œufs trouvés dans les voies urinaires. Par suite du développement excessif des parois musculaires, car l'hypertrophie porte essentiellement sur la couche musculaire de l'organe, la cavité de la vessie est tellement rétrécie qu'elle peut à peine contenir une grosse noix. Je dois ajouter qu'elle est divisée en forme de saillie en deux cavités dont l'une plus petite que l'autre.

Par l'examen microscopique de ces coupes que je dois également à l'obligeance de mon ami le docteur Damaschino, vous pourrez voir :

1° Que les œufs de distoma existent, mais en petite quantité, et se rencontrent seulement dans la partie la plus superficielle de la muqueuse vésicale au milieu même de son stroma. Il ne reste plus aucune trace de l'épithélium.

2° Que le rein droit présente semblablement les lésions habituelles de l'hydronéphrose, mais à un très haut degré de développement.

3° Quant au rein gauche, les lésions sont celles d'une néphrite interstitielle, parvenue à un degré très avancé : entre les divers tubes, notamment au centre du lobule, existe un tissu fibreux très dense; les éléments tubulaires littéralement étouffés sous cette trame morbide ont en grande partie disparu. Les tubes contournés seuls ont été relativement moins atteints. Un grand nombre de glomérules ont subi la transformation fibreuse.

4° Que les deux uretères sont remarquables, surtout le droit, par l'excessive épaisseur de leurs tuniques : la membrane est sinueuse sur la coupe; à peine çà et là trouve-t-on quelques œufs de distoma hæmatobium à sa surface : encore faut-il noter que ces œufs se rencontrent exclusivement dans le quart inférieur de l'uretère.

C'est de la vessie que sont parties toutes les altérations que vous voyez dans les reins et les uretères : nous n'en pouvons pas douter si nous tenons compte, non

---

poids de l'un de nous, qui tomba dans les immondices. Je compris d'où venait la mauvaise odeur : le cloaque passait sous le bâtiment, dont le sol était imprégné par le contenu de l'égout. » La plupart des prisons ne sont pas mieux aménagées, et on s'imagine ce que peut être la mortalité dans ces conditions. A Kharkoff, l'aumonier de la prison déclara en chaire, qu'en quatre mois, sur 500 détenus, 200 étaient morts du scorbut. Aucune expédition dans les régions arctiques n'a été aussi meurtrière que ne l'est la détention dans une prison russe. A Kief, la prison était un nid à fièvres typhoïdes. En un mois, on compta plusieurs centaines de morts.

Il existe à Saint-Pétersbourg une prison modèle construite sur le plan des prisons belges ; c'est celle qu'on montre aux étrangers, et qui fait l'orgueil des autorités. « Je la connais par expérience personnelle, dit M. Krapotkine, y ayant été enfermé trois mois. Elle est incontestablement propre. Brosses, balais et seaux y sont toujours en mouvement. Elle est pour la montre, et les prisonniers sont tenus de la faire reluire. Pendant toute la matinée ils balayent, frottent, polissent le sol d'asphalte dont l'éclat leur coûtent cher, car l'atmosphère est chargée de particules d'asphalte qu'ils sont obligés de respirer. Les trois étages supérieurs reçoivent les exhalaisons du bas, et la ventilation est si mauvaise le soir, quand tout est fermé, qu'on est littéralement suffoqué. » Depuis cette prison modèle jusqu'aux casemates de la forteresse Pierre et Paul, « toutes noires et toutes ruisselantes d'eau », il y a tous les intermédiaires plus ou moins insupportables.

Les vexations de toute sorte, les punitions corporelles, les brutalités envers les prisonniers sont monnaie courante. Un des prisonniers, un « endurci » resta neuf mois au secret dans un cachot noir et en sortit presque aveugle et fou. Le fouet, avec des verges spéciales, était la distraction quotidienne, après dîner, d'un gouverneur de la prison modèle de Saint-

seulement de la nature des lésions histologiques constatées dans les organes, notamment dans les uretères, mais encore des symptômes cliniques présentés par les malades. Et cette cystite elle-même, qui a produit tant de dégâts, est occasionnée par la présence des œufs de distoma hæmatobium. Leur faible abondance dans ce cas est due à l'âge extrêmement avancé de ces lésions : c'est là une conséquence du travail en quelque sorte régressif qui a atteint la vessie et aussi l'entozoaire ; de façon que cet homme, après avoir rendu un très long temps des œufs et des embryons de distoma mêlés aux urines, a fini par succomber, presque guéri du parasitisme; mais les altérations produites par celui-ci ont été telles que la vie n'était plus possible. Quant aux lésions anatomiques, constatées sur les reins et des uretères, elles sont dues à la cystite chronique et amenées par elle.

J'insiste tout particulièrement sur ce point, car vous pouvez lire dans quelques ouvrages que les néphrites chez les individus atteints de distoma hæmatobium, sont dues à la présence de ce parasite ou de ces œufs dans les reins : or l'observation m'a prouvé que, tandis qu'il est extrêmement rare de rencontrer des œufs de distoma dans le parenchyme rénal et dans les deux tiers supérieurs des uretères, par contre, chez les individus atteints de ce parasitisme, les altérations des reins et des uretères sont fréquentes.

Je désire ajouter quelques mots sur la marche et le pronostic de cette maladie, que j'ai vu considérer comme toujours mortelle dans un ouvrage récent. Les altérations que le distoma produit à la longue sont certainement graves, mais je ne puis les envisager comme étant rapidement et fatalement mortelles. En effet, si l'on considère que, pratiquant l'autopsie de sujets arabes, Sonsino a trouvé sur 31 cadavres 13 fois l'entozoaire, et que Griesinger et Bilharz, sur 363 nécropsies, l'ont rencontré 117 fois; il en résulte que la race arabe devrait être actuellement détruite. En réalité, les altérations non seulement ne sont pas toujours mortelles, mais même dans les cas d'une moyenne intensité (et ce sont les plus communs) si les malades se soignent, ils peuvent améliorer beaucoup leur position, au point de pouvoir se considérer comme guéris.

Ce traitement est un traitement symptomatique des troubles que les malades ressentent Ainsi un jeune homme peut vieillir et conserver toujours le distoma hæmatobium dans ses veines.

Griesinger s'est laissé certainement par trop entraîner par l'enthousiasme de sa découverte, quand il a avancé que cet entozoaire est la cause de toutes les maladies

---

Pétersbourg. La torture même existe encore ; aussi fait-on les exécutions des condamnés politiques dans le plus profond mystère, depuis que l'un d'eux, en marchant à la potence, a montré à la foule ses mains mutilées en criant qu'il avait été mis à la torture après le jugement. M. Krapotkine a su néanmoins, et il l'affirme, que deux révolutionnaires, Adrien Mikhailoff et Ryssakoff, ont été soumis à la torture *par l'electricité.*

Mais ce n'est pas le supplice physique qui est le plus impossible à supporter. Le supplice moral est plus intolérable encore. « Nos amis, dit l'auteur, en font l'expérience à leurs dépens. Enfermés d'abord dans les forteresses et les maisons de détention, ensuite dans les maisons centrales, ils descendent dans la tombe ou perdent la raison. Ils ne deviennent pas fous subitement comme Mlle M..., la jeune artiste. Outragée par les gendarmes, Mlle M... a perdu la raison en même temps que l'honneur. D'ordinaire, on arrive peu à peu et lentement à l'aliénation mentale; l'esprit se pourrit d'heure en heure avec le corps. »

Il n'est pas besoin d'être nihiliste, je pense, pour souhaiter de voir mettre une fin à ces horreurs et pour désirer une autre application des principes qui régissent les institutions pénales de la Russie, meilleurs que les nôtres, paraît-il. Ce n'est pas avec la torture qu'on arrivera à civiliser un peuple de 80 millions d'hommes, employât-on même pour cela l'électricité.

***

Peut-être cette réforme de la répression judiciaire viendrait-elle plus vite si ceux qui sont chargés d'en faire l'application l'expérimentaient par eux-mêmes, comme cela vient d'arriver en Angleterre :

On sait que dans les « maisons de force » d'Angleterre, où l'on enferme les vagabonds et

de l'Egypte. Les seules altérations connues jusqu'à présent sont, d'une part, les altérations des voies génito-urinaires, dont je vous ai montré le spécimen, et qui ont pour conséquence la formation de la pierre dans la vessie, et d'une autre part, dans les intestins, des altérations pareilles à celles dont j'ai eu l'honneur de vous présenter un exemple.

CLINIQUE CHIRURGICALE

LIPOME DOULOUREUX DE LA PARTIE INTERNE DU GENOU,

Par A. COURTADE, interne des hôpitaux.

Dans une séance récente de la Société de chirurgie, M. Nicaise rapporta l'observation d'une femme présentant à la partie interne du genou de petites tumeurs très douloureuses et dont il dut pratiquer l'ablation.

M. Richelot rappella à ce propos qu'il avait enlevé un lipome occupant le même siège et dont le diagnostic fut longtemps douteux.

Voici cette observation, intéressante non seulement par le siège insolite du lipome, mais encore par l'intensité extraordinaire des douleurs que la tumeur occasionnait.

D... (Elisabeth), âgée de 15 ans, entre le 27 février 1882 dans le service de M. le professeur Richet, suppléé par M. Richelot.

Les antécédents héréditaires sont sans importance. Point de syphilis ni de scrofule dans son enfance. A 3 ans, variole bénigne. Elle est réglée depuis un an.

Il y a trois ans, contusion du genou gauche, à la suite de laquelle sont survenues des douleurs très vives qui apparaissent de temps en temps sans cause nouvelle.

Il y a dix-huit mois M. J. Simon, dans le service duquel elle était entrée, pratiqua une ponction aspiratrice dans une tumeur située un peu au-dessous du genou gauche.

Comme l'amélioration est de courte durée, on applique successivement des vésicatoires, des sangsues, des pointes de feu, on fait des badigeonnages de teinture d'iode, des frictions avec des pommades. Toute cette thérapeutique ne procure aucun soulagement; la tumeur est aussi douloureuse qu'avant, mais elle n'a point augmenté.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on trouve une petite tuméfaction limitée par la crête du tibia en dehors, le condyle interne de cet os en haut.

Cette petite tumeur, qui siège au niveau de la patte d'oie, est rénitente et extrêmement douloureuse à la pression. Au-dessus de celle-ci, on en trouve une autre qui semble située dans l'épaisseur du tendon direct du demi-membraneux; cette deuxième tumeur solide est

---

les mendiants, se trouvent des « trade-mill » ou moulins de discipline. Ce sont de grands cylindres creux, dans lesquels on introduit ceux des prisonniers qui ont commis quelque méfait, où ils sont obligés de jouer, sans aucun résultat utile, le rôle d'un écureuil.

Dernièrement, un juge, le baron Platt, se sentit pris du désir de voir de près une prison de force de la métropole.

N'ayant jamais vu fonctionner ces fameux moulins auxquels il avait envoyé cependant tant de victimes, lord Platt voulut, dans un but philanthropique, se donner une idée du supplice. Il monta dans le moulin et pria le gardien de mettre la machine en mouvement. On sait que le condamné est obligé de gravir les échelons d'une roue qui tourne; l'immobilité n'est pas possible. Chaque fois qu'un degré se présente, il faut le gravir; ce supplice est d'autant plus raffiné que le condamné ne monte ni ne descend, et qu'il reste toujours suspendu à la même hauteur. Au bout d'une minute de ce travail fatigant, lord Platt cria au gardien d'arrêter.

« Excusez-moi, monsieur, lui dit le gardien, mais vous ne pouvez pas descendre. Le moulin ne s'arrêtera que dans vingt minutes; j'ai monté la machine pour le plus court espace de temps possible.»

Tête du lord juge, auquel il restait dix-neuf minutes pour réfléchir aux inconvénients de la méthode expérimentale.

SIMPLISSIME.

lobulée comme un lipome et douloureuse aussi quand on l'explore; elle se serait développée seulement depuis sept mois, tandis que la première a débuté il y a deux ans.

Le 1er mars, on fait la compression élastique, qui est bien supportée; mais les douleurs spontanées et provoquées n'en continuent pas moins les premiers jours; cependant, le 20 mars, on constate que les tumeurs se sont aplaties sans diminuer de volume; les douleurs sont un peu moins vives.

L'emplâtre de Vigo procure aussi quelque soulagement, mais de peu d'importance.

M. Richelot pratique l'opération le 8 avril. Il trouve un lipome étalé, mais de peu d'épaisseur. Ce lipome est constitué par des lobules graisseux appendus à un axe qui fait ressembler la tumeur à une grappe de raisins. L'opération, bien que faite sans bande d'Esmarch, ne donne pas lieu à un écoulement de sang notable, car le lipome est situé dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La réunion immédiate est faite et un pansement de Lister est appliqué.

Le lendemain, la malade se plaint de douleurs violentes au niveau du genou; on coupe les fils de suture et on renouvelle le pansement; soulagement pendant une heure environ, puis les douleurs reparaissent; cependant la température n'est pas très élevée, 38°4, et la plaie a bon aspect.

Le surlendemain de l'opération, on retire complètement les fils d'argent, et on constate que la réunion profonde est complète; il y a un peu de pus dans l'angle inférieur de la plaie où on a mis un drain.

Le 11 avril, les douleurs ont disparu presque complètement; mais, le 12, les lèvres de la plaie se désunissent.

Le 13 avril, la plaie a été assez douloureuse pour empêcher le sommeil. Les jours suivants, un peu plus de calme. Il y a ainsi à plusieurs reprises des alternatives de douleurs et de bien-être sans que la plaie cesse d'aller bien; du reste, l'état général a toujours été satisfaisant.

A la fin d'avril, les mouvements de la main occasionnent quelques douleurs dans l'avant-bras; cette légère synovite cède rapidement à l'immobilisation et aux badigeonnages de teinture d'iode.

Le 26 mai, *exeat*. Il reste encore une petite plaie superficielle, linéaire.

Nous ferons remarquer que la tumeur s'était développée au point même où trois ans avant la malade s'était fait une contusion; sans vouloir préjuger la question de la genèse des tumeurs, il est intéressant de constater le fait.

Le siège insolite du lipome avait d'abord fait penser à un fibrome, à un névrome, à une tumeur vasculaire, et ce n'est que l'opération qui a fait disparaître les doutes touchant la nature de la tumeur.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 février 1883. — Présidence de M. Blanchard.

Séance extrêmement courte et consacrée presque entière à des communications relatives à l'observation du passage de Vénus sur le Soleil.

M. Bunsen, nommé récemment en remplacement de M. Wœlher, remercie par une lettre l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait.

M. Landrin adresse une note sur la silice hydraulique.

M. Vulpian dépose sur le bureau une note de MM. Louis Ollivier et Charles Richet, concernant la présence des microbes dans le sang des poissons marins. Les microbes observés étaient de l'ordre des baccillus. Chez une trentaine de poissons de toutes sortes, deux fois seulement les expérimentateurs n'ont pas rencontré ce qu'ils cherchaient : une fois, chez un congre; et, l'autre fois, chez une roussette, mais il en ont trouvé chez d'autres congres et d'autres roussettes. Peut-être y a-t-il des microbes partout? Peut-être tout n'est-il que microbe? On le croirait à voir les succès constants qui couronnent les recherches en ce genre. Alors le plus court serait de rechercher s'il existe quelque chose où le microbe n'existe pas.

M. Bouley présente, en en demandant le renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie, un volume que vient de publier M. Joannès Chatin. Le livre, intitulé : *De la trichine et de la trichinose*, est orné de gravures sur cuivre fort bien faites, au dire du présen-

tateur. C'est, ajoute-t-il, une monographie intéressante et complète sur la matière. Il signale les principaux résultats auxquels est arrivé l'auteur :

« Les animaux, dont la température est au-dessous de 30 degrés, ne se trichinosent pas spontanément; c'est-à-dire que la trichine, dans ce cas, traverse l'organisme de ces animaux sans s'y fixer. Mais si la température est au-dessus de 30 degrés, la trichinose se développe infailliblement.

« La trichine ne se trouve pas seulement dans le tissu musculaire; on la rencontre aussi dans la graisse, et ailleurs; les boyaux de porcs que l'Amérique nous envoie, et qui sont destinés à envelopper les saucissons fabriqués en France, en contiennent.

« La salaison et la cuisson sont insuffisantes pour tuer la trichine, etc., etc. »

L'auteur conclut à la nécessité de la prohibition des viandes venant d'Amérique. Il fait remarquer, à ce sujet, que cette mesure rigoureuse aurait moins d'inconvénient aujourd'hui que la production, en France, s'est élevée à la hauteur des besoins de la consommation. Chose inattendue ! les prix n'ont pas augmenté et la concurrence américaine pourrait être supprimée sans que les acheteurs français s'en aperçussent.

L'auteur donne, sur l'élevage des porcs en Amérique, des détails qui ne seraient pas de nature à faire regretter l'importation de ces produits. C'est horrible, dit M. Bouley; en Amérique, les porcs sont les consommateurs des déjections humaines ! C'est horrible ! mais, toute révérence gardée, il nous semble qu'en France les porcs ne se piquent pas d'une délicatesse excessive, et que MM. les éleveurs ne se montrent pas trop difficiles sur le choix des aliments qu'ils distribuent à leurs pensionnaires. Il y a peut-être là, comme eût dit Bernardin de Saint-Pierre, une « harmonie de la nature », — et Pierre Leroux y eût trouvé une confirmatiou de son « circulus ».

Mais sans vouloir entrer dans ces considérations de haut goût, il est bon de faire remarquer encore une fois que le seul fait de trichinose observé en France y a été déterminé par un porc de Crespy-en-Valois, parfaitement français par conséquent. Cette remarque domine tout le débat.

Dans la dernière séance, M. J. Guérin avait lu un travail sur le traitement des plaies en séton par armes à feu; travail qui a fait l'objet d'une communication, le lendemain, à l'Académie de médecine. — M. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

Analyse des travaux parus dans la *Revue de médecine* du 10 novembre et du 10 décembre 1882.

Sur la transformation du tubercule vrai ou infectieux en corps étranger inerte sous l'influence de hautes températures et de réactifs divers, par H. Martin. — Le tubercule engendre seul le tubercule, tel est l'aphorisme par lequel l'auteur commence son travail. Il est impossible d'obtenir une tuberculose légitime, véritable, infectieuse en un mot, avec tout autre produit que le tubercule lui-même.

Lorsqu'on inocule à un animal un corps étranger quelconque, tumeur, pus, liquide putride, etc., il succombe quelquefois, il est vrai, à des lésions qui, par leur aspect, rappellent le tubercule infectieux. Mais toutes les inoculations expérimentales de l'auteur prouvent que c'est là un *pseudo*-tubercule anatomiquement semblable au tubercule vrai et qui, confondu avec celui-ci jusque dans ces derniers temps, a été une arme redoutable dans la main des adversaires de la spécificité de la tuberculose. Les inoculations *en séries* lui ont fourni une méthode de distinction véritablement infaillible, car le vrai tubercule possède seul la propriété de se multiplier sans cesse en passant d'un organisme dans un autre, et d'y développer toujours une infection plus ou moins générale et consécutive à une inoculation locale.

M. H. Martin a entrepris de nombreuses expériences, pour démontrer que, par la chaleur et divers réactifs, l'agent ou organisme vivant qui donne au tubercule ses propriétés infectieuses, peut être tué et transformé en une matière inerte. Tous ces faits prouvent, d'après lui, que le tubercule, qui perd ainsi ses propriétés infectieuses dans certaines conditions déterminées, n'est pas un corps étranger *quelconque*, mais, tout au contraire, le produit d'un agent vivant et spécifique.

A plusieurs reprises, l'auteur parle du *ferment* tuberculeux, du *parasite* de la tuberculose. Mais il reconnait que les expériences ne permettent pas sur ce point une affirmation catégorique. Le tubercule se comporte *comme s'il* devait son activité à un microbe. D'autres auteurs, plus affirmatifs, ont décrit la bactérie du tubercule; avant de se prononcer, dit M. Martin, il peut être bon d'attendre, car « la spécificité de la tuberculose n'est pas encore

étayée solidement sur la connaissance approfondie de son élément spécifique. Mais elle le sera assurément bientôt, demain peut-être... »

Des collections purulentes périspléniques, par C. Zuber. — M. Zuber a rencontré deux fois cette lésion rare. L'analyse qu'il fait de ces deux cas et de quelques autres se résume ainsi :

1° On rencontre dans l'étage supérieur de l'abdomen des collections purulentes qui ne sont pas, à proprement parler, périspléniques, mais qui occupent de préférence l'espace irrégulier limité par l'estomac, la rate, le colon et le diaphragme. Ces collections sont le dernier terme de péritonites circonscrites dues d'ordinaire à des lésions de la rate ou du tube digestif. Les splénites infectieuses (y compris les lésions de l'impaludisme) et l'ulcère rond de l'estomac paraissent jouer le rôle principal dans la production de ces abcès intra-abdominaux.

2° Les collections purulentes d'origine digestive contiennent des gaz, et ce mélange se traduit par un tableau symptomatique d'une constance remarquable, qui se résume en une ressemblance plus ou moins complète avec le pyo-pneumothorax, d'autant mieux qu'elles ne sont séparées de la plèvre que par le diaphragme fortement repoussé en haut. Le diagnostic est fort difficile dans ces cas, aussi bien que dans les collections d'origine splénique.

3° Quelles que soient l'origine, la profondeur, l'étendue des collections périspléniques, elles ne sont pas au-dessus des ressources de la chirurgie moderne. Il ne faut épargner aucun effort pour arriver à les reconnaître, et ne pas craindre outre mesure les ponctions exploratrices profondes et multipliées. Faites avec méthode et prudence, elles font courir peu de dangers; et seules, elles peuvent être le point de départ d'une thérapeutique rationnelle.

Contribution à l'étude du sommeil pathologique, par Gilbert Ballet. — La physiologie du sommeil est à peine connue, et jusqu'ici l'observation clinique n'a pas jeté sur la question beaucoup de lumière. Le but de M. Ballet, dans le présent travail, est de publier quelques observations qui présentent entre elles des analogies et des dissemblances, mais qui toutes concernent l'exagération pathologique du besoin de sommeil, phénomène auquel M. Gélineau a déjà donné, dans un mémoire paru en 1881, le nom de *narcolepsie*. Voici les conclusions de l'auteur :

Dans un certain nombre d'états morbides, entraînant soit des troubles circulatoires (affections cardiaques), soit un ralentissement du mouvement nutritif (diabète, obésité), soit une perturbation des fonctions nerveuses (hystérie), on peut observer, à titre de phénomène clinique plus ou moins important, dominant parfois la scène, une tendance souvent invincible au sommeil, qui se reproduit à intervalles égaux, tantôt spontanément, tantôt sous l'influence de causes extérieure adjuvantes (émotions, etc.).

Il s'agit là d'un symptôme important, susceptible dans quelques cas de révéler une affection jusque-là méconnue (diabète), symptôme qui a été assez bien désigné sous le nom de *narcolepsie*.

Contribution à l'étude des albuminuries expérimentales dyscrasiques, par Faveret. — On sait que M. Estelle, ayant, à l'instigation de M. Lépine, injecté une solution d'une petite quantité de sérine dans la jugulaire d'un cobaye, est parvenu à obtenir chez l'animal une sérinurie pure. Sous la direction du même maître, M. Faveret a varié cette expérience fondamentale en injectant une solution de globuline et non de sérine.

Après avoir indiqué la manière de préparer convenablement la solution de globuline, et exposé ses expériences d'injections intrà-péritonéales et intrà-veineuses chez le cobaye et le chien, l'auteur pose les conclusions suivantes :

1° La globuline injectée dans le péritoine du cobaye ou dans les veines du chien passe dans l'urine. L'élimination n'en est pas complète, surtout dans l'état de jeûne.

2° L'injection d'une petite quantité de sérum sanguin peut, dans certains cas, déterminer de l'albuminurie, surtout si le sérum injecté appartient à un animal d'espèce différente de celui qui reçoit l'injection.

Sur deux cas de cirrhose hypertrophique graisseuse avec ictère, par P. Merklen. — Ce mémoire a pour but de confirmer la réalité d'une forme clinique de cirrhose, d'origine alcoolique, étudiée presque en même temps par Hutinel et Sabourin, en 1881, caractérisée anatomiquement par l'association de la stéatose et de la cirrhose, et déterminant le plus souvent la mort par une sorte d'ictère grave subaigu.

Après avoir exposé deux observations personnelles, M. Merklen met en relief les caractères de cette maladie, et établit que, dans la cirrhose hypertrophique graisseuse, la lésion capitale est l'altération graisseuse aboutissant à la destruction rapide des cellules du foie, bien plutôt que la cirrhose interstitielle. Il rappelle que, d'après Hanot (*Arch. gén.*, juin et juillet 1882), « dans les cirrhoses, au point de vue anatomo-pathologique, le diagnostic est lié à la topographie de la néoformation conjonctive, le pronostic à l'état de la cellule hépatique. »

Puis, cherchant la signification de l'ictère dans la forme spéciale qu'il a en vue, il montre que ce symptôme suppose la concordance de deux facteurs essentiels, en premier lieu une certaine intégrité, ou, pour mieux dire, une dégénération imparfaite des cellules hépatiques compatible avec la formation d'une bile normale ou du moins d'une bile pourvue de pigment, en second lieu une hépatite diffuse intra-lobulaire interrompant le cours de la bile par un véritable barrage résultant d'une abondante prolifération embryonnaire entre les cellules du foie. En résumé :

1° L'ictère dans la cirrhose hypotrophique graisseuse est la conséquence d'une hépatite diffuse intra-lobulaire aiguë ou subaiguë, qui par la néoformation embryonnaire interrompt le cours de la bile dans le lobule.....

2° L'intensité de l'ictère est en raison directe de l'intégrité des cellules hépatiques. L'ictère est d'autant moins prononcé que leur dégénérescence graisseuse est plus complète.

Note pour servir à l'étude du faisceau sensitif; tubercule occupant la partie postérieure de la capsule interne; hémianesthésie sensitivo-sensorielle, par Lannois. — Les troubles de la sensibilité générale ou spéciale ne sont pas rares dans les tumeurs intra-crâniennes. Malgré la diversité de sa forme clinique, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, qu'on s'accorde actuellement à considérer (sauf pour le cas particulier de l'hystérie) comme étant sous la dépendance d'une lésion du carrefour sensitif intra-hémisphérique, paraît ne s'être offerte qu'exceptionnellement aux observateurs. Cette variété d'hémianesthésie semblerait plutôt mise en doute, en cas de tumeurs cérébrales, par les auteurs qui se sont occupés de la question. C'est à ce point de vue que l'observation de M. Lannois, malgré la multiplicité des néoplasmes, était digne d'être rapportée, car on y est autorisé à rattacher à une tumeur de la capsule interne les phénomènes d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle observés pendant la vie. Elle s'intitule : *Epididymite caséuse se développant rapidement à la suite d'une orchite ourlienne; symptômes de tumeur cérébrale avec hémianesthésie gauche et parésie de la face du même côté sans paralysie des membres. — A l'autopsie : Tuberculose de l'appareil génital; tuberculose miliaire généralisée; dans l'encéphale, tumeurs tuberculeuses extrêmement nombreuses, dont l'une occupe la partie postérieure de la capsule interne droite.* — Conclusions de l'auteur :

1° Les tubercules cérébraux peuvent siéger dans le tiers postérieur de la capsule interne (faisceau sensitif);

2° Ces tumeurs donnent alors lieu aux symptômes habituels de l'hémianesthésie d'origine cérébrale.

Des paralysies générales spinales à marche rapide et curable, par Landouzy et Déjérine. — Ce travail, déjà signalé dans un numéro précédent (*Union méd.*, 21 octobre 1882), aboutit aux propositions suivantes :

1° Il existe une forme de myélopathie caractérisée par : *a.* la paralysie et l'atrophie de tous les muscles du corps (ceux de la face exceptés); *b.* l'intégrité de la sensibilité et des sphincters; *c.* l'intégrité de la nutrition cutanée; *d.* une évolution rapide (quelques mois); *e.* la guérison complète et définitive de tous les troubles paralytiques et atrophiques;

2° Cette affection, pour laquelle les auteurs proposent la dénomination ci-dessus indiquée, est à la paralysie spinale aiguë de l'adulte ce que la paralysie générale spinale antérieure subaiguë de Duchenne est à l'atrophie musculaire progressive;

3° Cette affection dépend d'une lésion des cellules des cornes antérieures de la moelle, lésion siégeant dans toute sa hauteur;

4° Si le siège de la lésion est démontré par l'anatomie pathologique, sa nature reste à déterminer;

5° L'étiologie aussi bien que la pathogénie restent fort obscures.

6° La connaissance de cette forme de myélopathie présente un intérêt pratique considérable, puisque de sa différenciation dépend un pronostic favorable à brève échéance, là où de prime abord l'intensité et la diffusion des troubles paralytiques et atrophiques sembleraient devoir faire redouter une affection fatalement progressive.

Recueil de faits. — Note sur un cas de paralysie infantile, par J.-B. Duplaix. — *Note sur un cas de cirrhose biliaire avec atrophie du foie*, par Tuffier et Giraudeau.

Revues. — Outre la *Revue générale*, commencée dans le numéro d'octobre, sur l'élongation des nerfs dans les maladies de la moelle et en particulier dans le tabes dorsalis, nous signalerons, sous le titre de *Revue critique*, les leçons magistrales de M. R. Lépine, faites à Lyon pendant le semestre d'été de 1882, sur l'*albuminurie dyscrasique* et sur l'*albuminurie dépendant de modifications de la circulatoire rénale.*

—

FORMULAIRE

Poudre contre la transpiration des pieds. — Holthouse.

On lave les pieds avec de l'eau tiède et du savon, on les sèche, puis on les saupoudre avec de l'oxyde de zinc pulvérisé. A l'aide de ce pansement répété plusieurs jours de suite, l'auteur a obtenu des résultats favorables. — Le docteur Armingaud a réussi à supprimer la transpiration fétide des pieds, en pratiquant au niveau de l'épaule, trois ou quatre injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine? — La pilocarpine agirait, selon lui, en provoquant une hypersécrétion dérivative des glandes salivaires. — N. G.

COURRIER

Société centrale. — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu dimanche 11 février, à 2 heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Ordre du jour : Allocution du Président ; — rapport du Secrétaire ; — compte rendu du Trésorier ; — ratification des admissions faites dans l'année ; — renouvellement du bureau de la Commission administrative ; — élection de douze membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants.

Gœthe et M. du Bois-Reymond. — Le discours de M. du Bois-Reymond sur les travaux scientifiques de Gœthe, dont la *Revue scientifique* a donné une traduction dans son numéro du 16 décembre, soulève en Allemagne une vive polémique. En général, on trouve que M. du Bois-Reymond ne s'y est pas montré assez respectueux pour le grand poëte national. Une revue de Leipzig va même jusqu'à traiter son discours de « misérable pamphlet », ajoutant que ce n'était pas la peine de tant crier en Allemagne contre M. Alexandre Dumas fils à cause de sa préface de *Manon Lescaut*. La revue de Leipzig aurait pu ajouter : « et contre le livre de M. Barbey d'Aurevilly, pour traiter ensuite Gœthe aussi mal que l'ont fait les Français. »

Pommes de terre sauvages en Arizona. — A une séance de l'Académie des sciences de Californie du 6 novembre, M. Lemmon a exposé les résultats obtenus dans un voyage de botanique à travers les montagnes qui séparent l'Arizona de la frontière du Mexique. Il a montré, entres autres, deux ou trois variétés de pommes de terre indigènes, croissant en abondance dans les prairies situées à 10,000 pieds au-dessus du niveau de la mer. M. Lemmon se propose de cultiver avec soin les échantillons qu'il en a rapportés. Cette intéressante découverte ne peut qu'embrouiller encore la question si débattue de l'origine de la pomme de terre.

Certamen de médecine mentale. — Une réunion aura lieu les 25, 26, 27 et 28 septembre prochain à *Nueva-Belen* (Saint-Gervais, près Barcelone), dans le but de discuter un certain nombre de questions relatives à la médecine mentale. Le nom de *Certamen* a été substitué à celui de *Congrès*, parce qu'il ne s'agit pas d'une assemblée internationale ouverte à tous, mais d'une réunion restreinte, à laquelle sont invités, par lettre de MM. les organisateurs du congrès, un certain nombre de médecins étrangers.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 12 février 1883, à 3 heures précises, Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil).

Ordre du jour : I. Election d'un membre correspondant étranger. — II. Analyse par M. Pénard des travaux de la Société médico-légale de New-York. — III. Rapport par M. Boudet sur la responsabilité qui peut incomber aux médecins pour l'accomplissement des missions qu'ils acceptent de leurs clients moribonds. — IV. Communication de M. Brouardel sur les vulvites et les erreurs médico-légales auxquelles elles exposent. — V. Discussion de la proposition de M. Blanche relative au changement de l'heure des séances qui seraient reculées de 3 à 4 heures.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

ÉTUDES DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. L.-G. Richelot, agrégé, suppléant M. le professeur Richet.

AOUT 1882.

AMPUTATION D'UN ORTEIL SURNUMÉRAIRE.

Messieurs,

La jeune malade couchée au n° 14 de la salle Notre-Dame et que vous m'avez vu opérer il y a quelques jours, nous offrait une affection congénitale dont les exemples ne sont pas assez rares pour éveiller une bien vive curiosité, mais devant laquelle il n'est cependant pas inutile de nous arrêter un instant : c'est un *orteil surnuméraire*. Quelles règles de conduite le chirurgien doit-il suivre en pareil cas, dans quelles conditions intervenir, à quel procédé opératoire donner la préférence, tels sont les points sur lesquels je fixerai votre attention, en vous rappelant l'opération que j'ai faite et les raisons qui m'y ont déterminé. Une discussion toute récente à la Société de chirurgie (9 août 1882) me donnera l'autorité nécessaire pour vous dire où nous en sommes et ce qu'il vous faut retenir dans cet ordre d'idées.

Marie M... est âgée de 16 ans et fait partie d'une famille de treize enfants, dont aucun n'est porteur d'une semblable difformité. Elle a six orteils au pied gauche. Quand on examine ce pied, on est frappé de sa largeur au niveau des têtes métatarsiennes; les espaces interdigitaux sont plus grands qu'à l'ordinaire, le premier est remarquable entre tous : il mesure environ 3 centimètres. La saillie formée par la tête du premier métatarsien est trois ou quatre fois plus volumineuse que celle du côté droit. Enfin, sur le bord interne du pied existe un gros orteil surnuméraire, d'un volume un peu inférieur au gros orteil normal, mais bien conformé,

FEUILLETON

LE DOCTEUR MAILLOT ET LA COLONISATION DE L'ALGÉRIE.

Qui donc, parmi les membres du Congrès d'Alger de 1881, et parmi les lecteurs du *Compte rendu des travaux de l'Association française pour l'avancement de la science*, pourrait oublier la mémorable conférence de M. le docteur Verneuil sur l'impaludisme. Et, en effet, dans ce pathétique discours, l'éminent orateur était inspiré à la fois par le puissant souffle de la science et par les sentiments d'un ardent patriotisme. Unanimes aussi, furent les applaudissements enthousiastes qui répondirent à la voix du sympathique professeur de la Faculté de Paris, quand adressant un chaleureux appel à la générosité de la France ancienne et à la gratitude de la France nouvelle, il prononçait ces simples et nobles paroles : « Je crois de mon « devoir de vous rappeler un homme très modeste, M. le docteur Maillot, auquel l'Algérie « doit sa colonisation et son progrès, qui a sauvé des milliers de fébricitants, et a acquis des titres « à notre gratitude. Je voudrais que la ville d'Alger pût acquitter une dette que nous avons « contractée vis-à-vis d'un bienfaiteur de l'humanité, et voulût immortaliser son nom en le « donnant à une rue de cette généreuse cité. » Rendons justice à nos concitoyens d'outre-Méditerranée. A une époque entre toutes, plus prodigue d'hommages et de statues pour les hommes politiques que pour les savants, les pouvoirs publics ont su s'associer avec éclat à ce témoignage tardif de reconnaissance. Ils ont voulu le perpétuer en quelque sorte et honorer dans la personne d'une de ses méritantes illustrations, le Corps si dévoué des médecins militaires français. Une rue d'Alger, un village, celui de Souk el Tléta, une voie publique de Bône,

pourvu de ses deux phalanges et d'un ongle à peine modifié. Il est mobile sur la tête du premier métatarsien, avec laquelle il s'unit manifestement par une articulation.

La situation de cet appendice est gênante. Il représente comme une bifurcation antérieure du métatarsien, et fait avec le gros orteil normal un angle très ouvert. Dans la station, la malade reposant d'aplomb sur la région plantaire, l'appendice est infléchi sur le bord interne du pied, de telle manière que sa face dorsale est en contact avec le sol. Dans la marche, le pied se renverse et porte sur son bord externe; mais, malgré cette attitude instinctive, l'orteil anormal est le siège de durillons et d'écorchures qui font continuellement souffrir la jeune fille. Cette conformation vicieuse, sans lui rien enlever, dit-elle, de son agilité, lui est devenue insupportable, et elle réclame avec instances une opération.

Cet exemple n'est pas difficile à classer. Ce n'est pas un arrêt de développement, comme la syndactylie ou l'ectrodactylie, c'est une difformité par excès, une *polydactylie.* L'anomalie qui porte ce nom peut revêtir plusieurs formes : le sixième orteil (quelquefois il y en a 7, 8, on en a vu jusqu'à 12) peut avoir une direction normale et prendre rang, pour ainsi dire, avec les autres. Il est alors supporté par un métatarsien, qui à son tour s'unit en arrière à un de ses voisins, ou s'articule avec un cunéiforme surnuméraire. Qu'advient-il d'une pareille difformité? Aucune gêne pour la marche, aucune douleur; le pied est large et la base de sustentation n'en est que mieux assurée; comme la beauté des formes est ici de peu d'importance, la chirurgie n'a rien à faire. Mais il arrive aussi que le nombre des métatarsiens n'est pas augmenté, et que l'appendice anormal se détache à angle plus ou moins obtus du bord interne ou externe du pied, fait saillie sur la face dorsale ou plantaire, et par cette disposition malheureuse trouble grandement les fonctions du membre. Telle était la situation de notre jeune fille; évidemment, nous avions le droit et le devoir d'y remédier.

L'intervention étant reconnue légitime dans certaines conditions, je n'insisterai pas, Messieurs, sur l'anatomie des orteils surnuméraires, sur leurs dimensions, leur forme pédiculée ou sessile, leurs phalanges rudimentaires ou développées. Un détail de leur constitution doit cependant nous arrêter, car il entre en ligne de compte dans la discussion des procédés opératoires : c'est leur mode précis d'implantation sur le bord du pied. Tantôt il y a continuité osseuse, la base de l'appendice étant soudée au métatarsien; tantôt celui-ci offre une tête plus volumineuse qu'à l'état normal, ou même bifide, qui fournit latéralement une facette à la phalange de l'or-

---

la ville qui fut pour Maillot un champ de luttes et de victoires, ont reçu le nom de l'ancien et honoré médecin inspecteur des armées.

C'était justice! Il est une preuve que ces hommages n'étaient pas ceux d'un capricieux engouement. En effet, depuis cette époque les publications relatives aux travaux de Maillot se sont multipliées et beaucoup ont voulu déposer dans ce procès en légitimes revendications, que M. le professeur Verneuil avait si heureusement ouvert dans les assises solennelles de la science française. De là, les récentes publications de MM. Coignet, Bégin, Bertherand (1) et surtout un rapport inédit que M. l'inspecteur Hutin avait rédigé et adressé, en 1834, au conseil de santé des armées. Ce mémoire n'avait donc vu, jusqu'en 1882, d'autre lumière que le clair-obscur des bureaux de la rue Saint-Dominique!

Il fallait, en effet, un certain courage en l'année 1834, pour braver les opinions reçues, lutter contre des oppositions passionnées, et aller à l'encontre d'influences d'autant plus puissantes qu'elles étaient hiérarchiques! Aussi, n'est-il pas étonnant qu'on ait enterré silencieusement un tel rapport, qui avait pour épigraphe ces modestes mais énergiques paroles de Montaigne : « *Je ne juge pas, je raconte.* » Les membres du Conseil de santé étaient alors MM. Larrey père, Desgenettes et Fauché. On fit répondre à M. Hutin que ce « travail resterait lettre-morte », que le ministre n'en autoriserait pas l'impression et que les renseignements qu'il contenait, étaient de ceux qu'on ne doit pas divulguer!...

Eh bien! m'est avis qu'au point de vue des adversaires de Maillot, le Conseil de santé n'avait

(1) Coignet. *L'œuvre du docteur Maillot en Algérie.* Paris, 1882. — Bégin. *M. le docteur Maillot et son œuvre coloniale.* Paris, 1882. — Hutin. *L'épidémie de Bone en 1833.* Paris, 1882. — Bertherand. *Gazette médicale de l'Algérie,* 31 octobre 1882.

teil surnuméraire. Il existe alors, comme chez Marie M..., une véritable articulation, dont la synoviale peut être indépendante ou communiquer avec celle de l'orteil normal.

Nous allons maintenant passer en revue les moyens dont la chirurgie dispose, et vous jugerez alors, en connaissance de cause, la conduite que j'ai tenue.

L'orteil surnuméraire est loin d'avoir toujours une forme aussi achevée que celui de notre jeune malade. Quand il s'agit d'un simple nodus cutané, contenant un vestige de phalange et adhérent par un mince pédicule, il suffit de couper celui-ci; on peut en faire la section au-dessous d'une ligature, pour se prémunir contre l'hémorrhagie. D'autres fois, le pédicule est absent, et l'orteil, encore plus ou moins imparfait, se continue par soudure avec le squelette du pied; il faut alors tailler un lambeau cutané destiné à recouvrir la plaie, puis aller sectionner la base de l'appendice, ruginer même la surface du métatarsien, pour ne laisser aucun prolongement qui puisse devenir l'origine d'une reproduction osseuse; à moins que l'appendice ne s'implante sur la phalangette, comme dans un exemple déjà vieux dont j'ai rapporté l'histoire, et dans lequel M. Gosselin jugea plus expéditif de supprimer à la fois l'exostose et la phalangette elle-même. (UNION MÉD., 25 février 1868.)

Dans les cas où la bonne conformation et la mobilité de l'orteil surnuméraire indiquent la présence d'une articulation, si le siège qu'il occupe, à distance des articulations voisines, donne à penser qu'il est pourvu d'une synoviale indépendante, la situation est encore des plus nettes : il faut désarticuler simplement, par un procédé qui donne un lambeau suffisant pour recouvrir la plaie. Mais supposons que la synoviale communique avec celle de l'orteil normal, ce qu'on doit toujours prévoir si l'appendice est implanté, comme chez Marie M..., sur la tête du métatarsien : alors une arthrite de voisinage après l'opération n'est-elle pas à craindre, avec tous ses périls? Voici ce que pense à cet égard la Société de chirurgie :

La désarticulation pure et simple des orteils et des doigts surnuméraires peut être conseillée sans réserve. Une seule condition est de rigueur, et doit faire oublier les scrupules de l'ancienne chirurgie : c'est l'emploi des méthodes antiseptiques, dont l'application rigoureuse permet de risquer l'ouverture d'une articulation phalangienne. Le pansement de Lister et le pansement ouaté sont d'une égale vertu. L'opération est aussi bien indiquée chez les enfants très jeunes, mais, comme ils tolèrent mal l'acide phénique, c'est à l'acide borique ou au pansement ouaté qu'on

---

pas tout à fait tort. Ces renseignements n'étaient-ils pas étrangement accusateurs contre l'aveuglement déclaré de certaines personnalités médicales? Et puis les documents que contenait ce mémoire ne faisaient guère honneur au génie organisateur ni à la prévoyance de l'Administration militaire de l'époque ! De mai 1832 en avril 1835, la morbidité militaire de Bône avait dépassé vingt-deux mille entrants dans les services hospitaliers. Quels étaient ces services hospitaliers ? On peut s'en faire une idée en lisant le rapport officiel de M. Hutin. Avant 1833, la mortalité s'élevait à un décès sur quatre malades. Pendant la première année de son séjour à Bône, Maillot démontre la pseudo-continuité des fièvres paludéennes, leur périodicité, leur intermittence, leur perniciosité, assure mieux leur diagnostic, et la mortalité, bien que encore considérable, diminue et descend à un sur sept. En 1834, le sulfate de quinine est employé à hautes doses et dès le début des accidents, et la mortalité n'est plus que de un décès sur vingt fébricitants. Le jeune médecin militaire n'hésite pas à préconiser hardiment le précieux alcaloïde comme moyen prophylactique des fièvres paludéennes. Deux ans plus tard, le *Traité des fièvres* voyait le jour, et cet ouvrage, d'après M. Coignet, par sa précision et sa forme est resté en quelque sorte « le code des médecins des armées de terre et de mer, ainsi que des « médecins civils, non seulement pour l'Algérie, mais pour toute l'Afrique, pour les colonies, « enfin pour tous les pays où règnent les fièvres et les endémo-épidémies fébrigènes. »

C'est alors que, malgré les hommes et malgré les obstacles de toute nature, les travaux de M. Maillot, plus connus et mieux appréciés, furent lus et commentés par la plupart de ses confrères militaires. La lutte n'était cependant pas encore terminée. Aux adversaires personnels des premiers jours se joignait alors un certain nombre de ces esprits routiniers, mécontents ou ombrageux, qui, dans leur mauvaise humeur, sont toujours prêts à mettre en doute l'originalité des idées nouvelles et à contester la priorité des découvertes.

doit donner la préférence. Le pansement occlusif au diachylon a rendu et peut rendre encore des services; mais il n'offre pas la même sécurité.

Dans une note sur l'amputation des doigts surnuméraires (*Contribution à la chirurgie*, t. II, p. 214), Sédillot, qui n'avait pas l'usage des méthodes antiseptiques, dit avoir complètement renoncé à la désarticulation, pour échapper à l'arthrite, aux suppurations diffuses, à l'ankylose. Il conseille d'amputer dans la continuité, à quelque distance de la surface articulaire. Mais, outre que nous ne craignons plus au même degré ces complications, voici venir une raison nouvelle pour ne pas s'en tenir à une opération parcimonieuse. Elle nous est fournie par M. Chrétien, qui l'a consignée dans un court travail présenté à la Société de chirurgie par M. Verneuil.

Les phalanges se développent par deux points d'ossification : l'un produit le corps et l'extrémité inférieure, l'autre l'extrémité supérieure. Ce dernier apparaît dans les premières années, et le cartilage de conjugaison disparaît seulement vers la seizième (c'est l'âge de notre malade). Or, si vous amputez dans la continuité pendant cette période, la moindre partie du cartilage de conjugaison laissée dans la plaie peut être le point de départ d'une ossification nouvelle, qui reproduira une certaine longueur de la phalange, et par suite la difformité. M. Chrétien appuie cette opinion sur une observation probante, où l'on voit un doigt surnuméraire croître de nouveau et se reproduire en quelques années après une ablation partielle. Le mécanisme indiqué par l'auteur n'a rien d'invraisemblable, et peut être comparé au phénomène désigné par M. Verneuil sous le nom de *conicité physiologique* du moignon, qui se produit quelquefois chez les enfants après l'amputation de l'humérus ou du tibia, quand l'activité du cartilage épiphysaire appartenant à l'extrémité supérieure détermine l'allongement du segment osseux conservé.

Afin d'échapper à la récidive, M. Chrétien conseille, en cas de synoviale indépendante, la désarticulation complète, en ayant soin de ne pas laisser par mégarde au fond de la plaie l'extrémité supérieure de la phalange, cartilagineuse et très facile à couper dans le jeune âge; en cas de synoviale commune, l'opération de Sédillot, mais à la condition de ne garder qu'une très minime épaisseur de l'extrémité phalangienne. Je pense, Messieurs, qu'avec la méthode antiseptique et suivant l'avis conforme de la Société de chirurgie, nous pouvons aller plus loin, oublier l'opération de Sédillot, et désarticuler dans tous les cas.

Je reviens maintenant à Marie M... Je l'ai reçue des mains de M. Richet au mo-

---

Comme tous les novateurs, M. Maillot peut avoir eu des précurseurs. Soit; quel est donc l'inventeur qui n'en a pas eu? Cette coalition prétendit, en effet, que la pratique du médecin de Bône n'était qu'une réminiscence et une sorte d'imitation des méthodes de Torti, d'Antonini, de Raymond Faure et d'autres encore. Dénigrement assurément malveillant, et d'ailleurs impuissant, car le résultat final de ces discussions fut la confusion de si opiniâtres adversaires.

Il fut donc désormais établi que nul médecin avant lui n'avait aussi nettement distingué les fièvres *intermittentes*, *rémittentes* et *pseudo-continues*. De plus, il avait prouvé qu'elles pouvaient changer de formes, se compliquer de phénomènes d'ataxie ou d'adynamie ou bien d'accidents viscéraux, et qu'au point de vue clinique et anatomo-pathologique il fallait définitivement les séparer des inflammations et des irritations organiques.

De là les indications du traitement quinique si différent des médications alors en faveur. C'était rompre avec les habitudes et les traditions respectables assurément, mais en désaccord avec les faits nouveaux, que d'employer hardiment le sulfate de quinine, ce précieux alcaloïde que Caventou et Pelletier venaient d'isoler; de porter sans hésitation les doses à 1 et 2 grammes pour les fièvres ordinaires, et à 3 et 4 grammes dans les formes pernicieuses; et, dans les cas d'intolérance stomacale, de prescrire en lavements une solution quinique concentré. Maintenant que les colères sont apaisées et les animosités éteintes, il faut bien reconnaître que cette médication, comme l'écrivait M. Colin, est digne de figurer « au nombre des grands bienfaits de l'humanité. »

Il est difficile à la jeune génération médicale contemporaine de mesurer toute l'importance de cette grande œuvre. En 1835, la méthode et les idées de Broussais dominaient toute la médecine; la thérapeutique des fièvres consistaient partout dans l'emploi des émollients et des saignées répétées, et cette médication, souvent funeste aux fiévreux, était meurtrière

ment où j'ai pris son service. Déjà l'éminent professeur était intervenu; il s'était proposé de séparer lentement, par la ligature élastique, l'orteil surnuméraire du premier métatarsien. L'appendice, privé de ses connexions vasculaires, devait se mortifier, et les parties molles, de l'autre côté de la ligature, se trouver réunies au moment de sa chute. Pour obtenir ce résultat, le fil élastique devait être placé entre la tête du métatarsien et la base de la phalange anormale, au niveau même de l'articulation, et par une constriction énergique pédiculiser l'orteil surnuméraire. En procédant ainsi, M. Richet faisait une ablation radicale et prévenait toute récidive; en même temps il pratiquait une véritable désarticulation sous-cutanée, et, dans l'hypothèse d'une synoviale commune, se mettait à l'abri des accidents inflammatoires, comptant pour atteindre ce but sur le procédé même, et non sur les pansements ultérieurs.

Malheureusement l'articulation était serrée, la pédiculisation fut impossible, et le fil élastique vint à glisser jusqu'au milieu de la première phalange. M. Richet laissa le fil à cette place, et, pour momifier l'orteil en l'abritant pendant sa mortification, il couvrit son extrémité libre d'une épaisse couche de collodion. Cette opération préliminaire eut lieu le 24 juillet; pendant les douze premières heures, la malade accusa des douleurs atroces; au bout d'une quinzaine de jours, le sphacèle au delà du fil était complet et l'orteil absolument noir; aucun accident n'était survenu du côté du pied.

C'est dans ces conditions, Messieurs, que vous m'avez vu amputer l'orteil surnuméraire. La ligature élastique ayant manqué son but, je devais attaquer l'articulation par un autre moyen; à l'inverse de M. Richet, je m'inquiétai peu du procédé, pour me fier surtout au pansement. Je réséquai d'abord d'un coup de bistouri la partie sphacélée; j'eus alors une manchette assez profonde, contenant la moitié encore vivante de la première phalange, comme si j'avais fait de propos délibéré une amputation circulaire dans la continuité, pour saisir ensuite et arracher l'extrémité postérieure de l'os. Mais, pour exécuter ce dernier temps, le tronçon de phalange était trop friable et les ligaments articulaires trop résistants. Je fis alors une incision qui, partant de l'ouverture circulaire de la manchette, montait sur la tête du métatarsien; il en résulta une véritable raquette qui me donna du jour sur l'articulation, de sorte que je pus avec un davier saisir le tronçon de phalange et désarticuler avec le bistouri. L'opération faite, je fermai par deux points de suture l'incision dorsale, et je laissai béante l'ouverture circulaire. Aucun tube à drainage ne fut

---

dans les conditions telluriques et hygiéniques des soldats en campagne ou aux colonies. En mettant le pied sur le sol alors inhospitalier de l'Afrique, ils devenaient bientôt, vieux troupiers ou jeunes recrues, les victimes pour ainsi dire prédestinées de la redoutable malaria.

Les épidémies de Bone en sont la triste preuve. Aussi, en 1832 et 1833, on parlait de quitter la régence, de rapatrier les troupes et d'abandonner à tout jamais l'Algérie. Ces travaux cliniques eurent pour résultat immédiat de conserver et d'achever notre conquête, et plus tard de rendre la colonisation pratiquement possible. C'est donc avec raison qu'on a pu dire, que par ses découvertes, « M. Maillot avait conquis une deuxième fois l'Algérie à la France ». Depuis, le sulfate de quinine est devenu l'arme de défense du colon et de l'explorateur dans les contrées chaudes du globe, et grâce à cet agent, d'intrépides voyageurs peuvent parcourir les régions marécageuses de l'Afrique et de l'Amérique tropicales.

La manifestation du Congrès d'Alger et les témoignages des anciens collègues de M. Maillot, sont la principale récompense de tant d'éminents services. Espérons qu'elle ne sera pas la seule et que les assemblées savantes de notre pays confirmeront et compléteront, à leur tour, ces hommages que le regretté Marchal (de Calvi), cet homme de tant de cœur et d'énergie, réclamait, il y a quinze ans déjà, pour l'ancien président du Conseil de santé des armées : « Nous « désirerions vivement, disait-il, être à même de faire valoir les titres d'un homme qui a tou« jours été médecin et médecin militaire; qui, selon le témoignage de l'illustre Littré, a « renoué la chaîne des temps d'Hippocrate à nos jours, qui a rendu les plus grands services à « la science et au pays, puisque, par sa belle découverte des *fièvres pseudo-continues*, des « milliers de nos soldats ont été arrachés à la mort sur la terre d'Afrique; qui, enfin, placé à « la tête de sa hiérarchie, en qualité de président du Conseil de santé des armées, person« nifie le Corps de la médecine militaire. » — « Nous pourrions, ajoutait-il, nous dispenser

placé ; mais tout s'était fait sous la pulvérisation phéniquée, et le pansement de Lister fut appliqué soigneusement.

Aujourd'hui, Marie M... va très bien, elle n'a ni douleur ni suppuration, d'ores et déjà nous ne craignons plus d'accidents. De ce fait, Messieurs, vous tirerez avec moi les conclusions suivantes :

1° Quand un orteil surnuméraire, au lieu de faire suite à un métatarsien, constitue un appendice latéral, gênant et douloureux, nous devons intervenir ;

2° S'il est rudimentaire, l'excision en est fort simple ; s'il est soudé au métatarsien, il faut l'extirper en rasant de très près et ruginant la surface d'implantation ; s'il est articulé, il faut éviter l'ablation partielle recommandée par Sédillot, faire avec le bistouri la désarticulation pure et simple, et, si on craint la présence d'une synoviale commune, se fier aux pansements antiseptiques pour éloigner les accidents.

Octobre 1882. — La plaie s'est comblée dès les premiers jours et n'a jamais suppuré ; la malade a quitté l'hôpital, entièrement guérie, dans la première quinzaine de septembre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

USURPATION DE TITRE ET USURPATION DE FONCTIONS.

C'est une nouvelle tentative de défense des intérêts professionnels que viennent de faire M. Labéda, président de l'Association des médecins de la Haute-Garonne, et M. Broquère, président de l'Association des médecins de Toulouse. Dans une lettre insérée dans la *Revue médico-chirurgicale de Toulouse* du 10 janvier dernier, nos courageux confrères signalent au commissaire central de cette ville « les empiètements publiquement entrepris contre les intérêts moraux et professionnels du corps médical par des dentistes de Toulouse qui usurpent « le titre de docteur ou de médecin. Ils les inscrivent audacieusement sur leur plaque devant « le mot dentiste, alors que, sauf deux ou trois parmi eux, ils n'ont aucun diplôme de docteur ou d'officier de santé, délivré en France, en vertu de la loi du 19 Ventôse an XI. »

Cette lettre dénonce aussi « les agissements des sages-femmes qui se donnent publique- « ment comme autorisées à soigner les affections connues sous le nom de maladies des « femmes. » Usurpation de titre ou usurpation de fonction, il y a là, dans ces deux cas, un désordre étalé au grand jour que l'autorité a le moyen de faire *au moins rentrer dans l'ombre,*

« de nommer M. Maillot. » Marchal (de Calvi) (1) est mort ; sa voix généreuse n'a été que partiellement écoutée en 1881 ; elle était cependant l'écho du Corps médical tout entier. En l'absence des honneurs académiques, qui lui font défaut, l'ancien et énergique aide-major de l'hôpital de Bone a du moins pour récompense présente les hommages de la gratitude publique ; et pour la postérité, la certitude de laisser un nom impérissable dans les fastes de la France et l'histoire de la colonisation algérienne. — Ch. E.

(1) *Tribune médicale*, janvier 1868.

FEMMES MÉDECINS. — Il paraît que l'on ne partage pas partout les idées spéculatives de l'honorable recteur de l'Université de Liège. Le gouvernement autrichien ne pousserait point, à ce que l'on nous dit, aussi loin la galanterie que M. Trasenster. Une demoiselle de Prague, qui a pris à Zurich le titre de docteur en médecine, a demandé au ministre de l'instruction publique la reconnaissance de son diplôme et l'autorisation d'être admise aux examens de la Faculté de Vienne. Le ministre n'a pas donné suite à sa demande, alléguant que l'exercice de la médecine n'est pas accordé aux femmes en Autriche. (*Presse méd. Belge.*)

ETUDES MÉDICALES EN ALLEMAGNE. — L'Association des médecins de Munich vient d'adresser au Conseil fédéral une pétition (20 décembre 1882), pour demander la prolongation des études médicales ; elle juge insuffisant la durée de quatre ans actuellement exigée en Allemagne ; elle fait observer qu'en Russie et en Autriche le temps l'études est de 5 ans, en Hollande de 6 ans, de même que dans les pays scandinaves.

en exigeant que les enseignes des dentistes et des sages-femmes soient rédigées conformément à la loi.

Ces abus existent ailleurs, il est assurément inutile de le démontrer. C'est qu'en l'an de grâce 1883, à Toulouse comme à Paris, la vigilante autorité qui fait scrupuleusement exécuter les défenses d'afficher le long des murs du voisin, ne protège guère le mur de la médecine. A ce titre, l'initiative de l'Association de la Haute-Garonne mériterait d'être imitée. Nous accompagnons donc de nos vœux sincères cette tentative, dont le succès dépend après tout, comme toujours, de la ténacité du Corps médical pour vaincre l'inertie habituelle des détenteurs officiels de l'autorité. — Ch. E.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 12 au 17 février 1883.

Lundi 12 et mercredi 13, pas de thèses.

Mercredi 14. — M. Jannin : Etude sur l'uréthrite chronique blennorrhagique. (Président, M. Guyon.)

M. Journet : Etude sur le cancer de la terminaison de l'intestin grêle. (Président, M. Potain.

Jeudi 15. — M. Meunier : Etude sur la fièvre typhoïde à rechutes. (Président, M. Laboulbène.)

M. Loreton-Dumontel : Contribution à l'étude de la guérison spontanée des plaies de l'intestin. (Président, M. Panas.)

Vendredi 16. — M. Darier : Recherches cliniques et expérimentales sur les variations de l'urée. (Président, M. Béclard.)

M. Lemanski : Du traitement du mal de Pott sous-occipital à l'aide d'un appareil plâtré. (Président, M. Duplay.)

Samedi 17, pas de thèses.

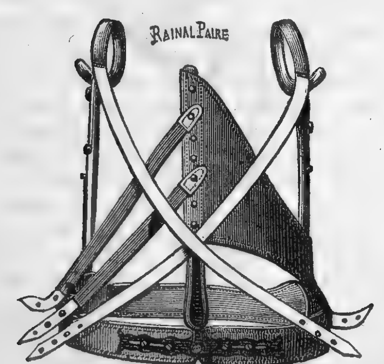
INSTRUMENTS et APPAREILS

Appareils orthopédiques de MM. Léon et Jules RAINAL frères,

23, rue Blondel, à Paris.

CORSET A PRESSIONS ÉLASTIQUES

(Traitement de la scoliose).



Cet appareil a les mêmes points d'appui que le modèle ci-dessous; nous y avons ajouté un tuteur dorsal articulant sur la ceinture. Il est muni d'une bande de cuir destinée à exercer une pression sur la convexité de la courbure; la traction est obtenue au moyen de bandes élastiques placées sur le côté de la ceinture.

APPAREIL POUR

LA DÉVIATION SYMPTOMATIQUE DU RACHIS

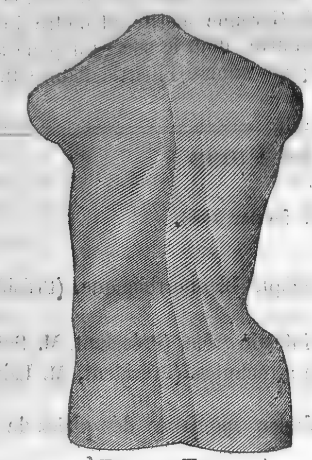


Cet appareil à pour but de soutenir les parties supérieures du tronc en prenant un solide point d'appui sur les crêtes iliaques. Il se compose d'une ceinture métallique bien rembourrée entourant le bassin et de deux tuteurs sous-axillaires.

Il est surtout applicable chez les jeunes filles dont la croissance rapide et la faible constitution amènent quelquefois la déviation de la taille.

DÉVIATIONS LATÉRALES PATHOLOGIQUES DU RACHIS.

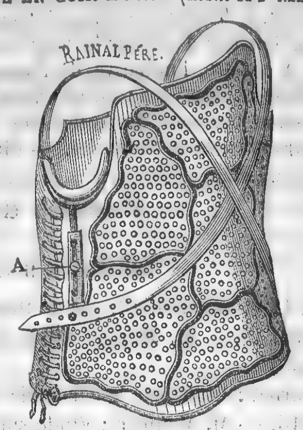
SCOLIOSE AU DÉBUT (première période).



Dans la première période, c'est à peine si l'on aperçoit une légère disposition en S de la série des apophises épineuses, conséquence de la torsion des vertèbres. *L'épaule est plus élevée*, plus saillante; on voit se dessiner toute la ligne des apophises épineuses dont la convexité regarde de côté. *C'est ce que les mères de famille appellent* ÉPAULE FORTE.

GIBBOSITÉ RACHIDIENNE

APPAREIL EN CUIR MOULÉ (Modèle du Dr NÉLATON).



Applicable dans le cas de rachitisme, il embrasse toute la partie thoracique et soutient la gibbosité sans la comprimer. Il s'oppose à la torsion des vertèbres et à la déviation des côtes.

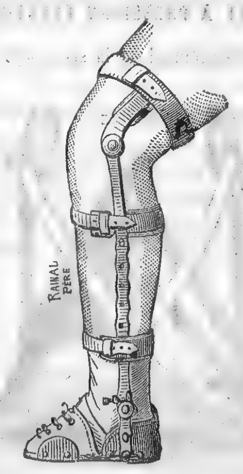
Cet appareil convient particulièrement dans les cas où les crêtes iliaques sont effacées et n'offrent aucun point d'appui. Pour l'exécution de cet appareil, le moulage du buste tout entier est indispensable.

PIED BOT A ENGRENAGE



Ce modèle, d'un effet plus puissant que les modèles précédents, est applicable pour les pieds bots chez les enfants plus âgés et dans les cas où le redressement offre quelque résistance. Il s'applique pour toutes les variétés de pieds bots; il satisfait aux diverses indications du traitement du varus équin, du valgus et du talus.

PIED BOT ÉQUIN VARUS



Ce modèle est celui que nous employons le plus souvent pour le traitement du pied bot équin varus. Il est muni de trois vis de rappel qui ont pour but d'agir sur l'avant-pied pour l'amener en dehors et en bas, sur le calcanéum, pour le repousser en dehors; il ramène le gros orteil et son métatarsien au contact du sol et il abaisse le talon.

THÉRAPEUTIQUE

DES PROPRIÉTÉS DE LA QUASSINE.

La quassine est le principe actif de la quassia amara. Ce dernier médicament, employé depuis plus d'un siècle, avait le grave inconvénient d'inspirer au malade un vif dégoût, au point de n'être souvent toléré qu'avec difficulté. Quelques spécialistes, pour remédier à cet inconvénient, concentrèrent le principe actif de la quassia sous la forme d'un extrait qu'ils appelèrent quassine. Quels sont les effets certains de ce nouveau produit et dans quelle mesure peut-il être employé ? C'est ce que nous nous proposons d'étudier dans cet article.

Nous avons, pour procéder à nos recherches, un guide d'une haute compétence, c'est le docteur Campardon, qui a fait les plus sérieuses expériences sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la quassine.

Le premier effet physiologique, c'est une augmentation rapide de l'appétit, la digestion complète des aliments ingérés, et, comme conséquence, un développement évident des forces. Le second effet physiologique est un effet diurétique très prononcé : la quantité des urines est doublée, triplée même et l'énergie des muscles expulseurs sensiblement augmentée. Un fait important à signaler, c'est que ce sont les contractions physiologiques qui sont réveillées, tandis qu'au contraire les contractions anormales disparaissent. La quassine devient ainsi un médicament expulseur des corps liquides ou solides que contient la vessie, soit à l'état normal, l'urine, soit à l'état pathologique, calculs et pus.

Le troisième effet de la quassine est de produire l'hypersécrétion de la salive ; toutes les expériences ont démontré cet effet, en même temps qu'elles ont permis de constater, que cette hypersécrétion était d'une nature absolument normale.

Ces effets physiologiques bien constatés, il importe de savoir dans quelle mesure la quassine peut être employée, car l'énergie même des effets produits démontre que son emploi ne saurait être réglé avec trop de prudence. Le docteur Campardon s'est livré, tant sur lui-même que sur des sujets sains et de bonne volonté, à une série d'expériences qui fixent parfaitement les idées à cet égard. Sur plus de 80 observations, trois ou quatre personnes ressentirent les effets toxiques, à la dose de 5 centigrammes dans les vingt-quatre heures ; mais ce sont là des cas exceptionnels qui ne doivent avoir pour conséquence que d'inviter à la prudence. En général, la dose peut être portée sans inconvénient à 10 centigrammes par jour, et quelques personnes ont supporté 17,20 et même 35 centigrammes. Inutile d'ajouter qu'il faut toujours commencer par les doses faibles pour apprécier le degré de susceptibilité spéciale du malade.

Voyons maintenant dans quels cas pathologiques la quassine pourra être appliquée. Son influence heureuse sur les contractions de l'estomac indique qu'elle sera employée très utilement pour combattre la dyspepsie atonique, la débilité générale, la chlorose, les vomissements spasmodiques. Elle doit être conseillée dans la période d'atonie, dans la phase d'élimination de la dyssenterie gangréneuse, dans la période avancée des diarrhées. Comme tonique, ce n'est pas dans la période aiguë des maladies, mais dans les convalescences longues et difficiles qu'il faut l'employer ; son action est rapide et certaine. Tous les cas de contractions anormales de l'estomac ou des intestins seront presque immédiatement guéris ; elle convient dans l'atonie des premières voies, dans la dyspepsie flatulente, dans les embarras du tube digestif, dans les convalescences de toutes les maladies qui auront déterminé la chloro-anémie ; elle hâte l'expulsion des calculs biliaires, favorise l'écoulement de la bile et le retour du foie à son volume normal, arrête les contractions spasmodiques de la vessie, réveille les contractions physiologiques, aide à l'expulsion des calculs ; enfin elle est de la plus grande utilité dans les cystites du col. Elle est au contraire contre-indiquée dans la période aiguë des maladies, dans le cancer du rectum, du foie et des reins, dans le cas de rétrécissement.

La quassine peut être employée amorphe ou cristallisée ; cette dernière doit être donnée à dose dix fois moindre que la première ; aussi conseillons-nous de préférence la quassine amorphe dont l'emploi est plus facile. Il est inutile d'ajouter que la pureté et le dosage du médicament est une condition essentielle de ses bons effets. La quassine amorphe de la maison Adrian ne laisse rien à désirer à cet égard ; le docteur Campardon l'a constamment employée dans ses expériences et dans sa pratique, sans que ses bons effets se soient un seul instant démentis. Elle renferme 10 p. 100 environ de quassine cristallisée, produit très cher et très difficile à obtenir. Pour la facilité de l'administration du médicament, M. Adrian, ancien préparateur de l'école de pharmacie, prépare des dragées à 25 milligrammes du produit amorphe titré, et des granules contenant exactement 2 milligrammes du produit cristallisé.

BIBLIOTHÈQUE

I. Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vaso-moteurs dans l'évolution du tabes sensitif, par Carlos Putnam. Paris, Baillière, 1882.

II. Essai sur la lypémanie et le délire des persécutions chez les tabétiques, par A. Rougier. Paris, Baillière, 1881.

Il n'est pas d'organe dont la pathologie ait bénéficié davantage des acquisitions de la science moderne, que la moelle. En attendant qu'elles aient cessé d'être, comme elles le sont trop souvent, l'opprobre de la thérapeutique, les affections médullaires sont, à coup sûr, un des triomphes de l'anatomie pathologique. C'est comme en un livre ouvert, grâce aux travaux de Türck, Bouchard, Charcot, Vulpian, etc., qu'on y suit la localisation et la signification symptomatique de ces lésions dont la découverte est d'hier, de la poliomyélite antérieure, des différentes scléroses, latérale amyotrophique, latérale secondaire, des zones radiculaires postérieures, etc., et les méthodes de l'Ecole moderne n'ont encore livré que leurs premiers fruits.

Le professeur Pierret, dont le nom se rattache à d'importantes découvertes dans l'histoire du tabes, poursuivant cette voie féconde, nous donne aujourd'hui par la plume de collaborateurs distingués deux chapitres inédits de pathogénie et de symptomatologie, et non des moins intéressants, de la maladie de Duchenne.

I. — Il y a deux parties à distinguer dans le Mémoire de M. Putnam sur les troubles fonctionnels des vaso-moteurs dans l'évolution du tabes sensitif : un travail clinique, et un essai de localisation médullaire.

Une description synthétique des troubles vaso-moteurs dans l'ataxie n'avait pas encore été faite. On trouve bien, épars dans les observations des auteurs, un assez grand nombre de faits accusant une perversion vaso-motrice; mais la plupart n'y avaient vu qu'un épisode sans relation avec le processus spécial de l'ataxie, bien loin d'en aborder la pathogénie.

La sialorrhée représente une des formes les plus curieuses de ces accidents, survenant brusquement et cessant de même. Il arrive, par exemple, que le malade se réveille la nuit, la bouche empâtée d'une salive épaisse ayant trempé son oreiller. Dans un cas observé par Graves, la quantité de salive rendue en 24 heures dépassait 3 et 4 litres.

La gastrorrhée se manifeste sans liaison forcée avec les crises gastriques, bien étudiées dans ces derniers temps; la matière des vomissements est généralement limpide, muqueuse, quelquefois légèrement teintée de sang ou de bile. Une malade de R. Tripier vomissait jusqu'à 10 et 12 litres de liquide en 24 heures : il existait une sorte de balancement entre le vomissement et l'apparition des douleurs fulgurantes des membres inférieurs. Ce symptôme est assez fréquent dans l'ataxie dont il peut marquer le début.

La diarrhée apparaît soudainement, sans douleur abdominale, et indépendamment de l'alimentation, durant quelques heures, parfois plusieurs jours, puis disparaissant aussi inopinément qu'elle est venue. M. Vulpian rapporte un cas dans lequel les vomissements et la diarrhée cholériforme empêchaient toute alimentation; le malade mourut dans une de ces crises.

M. Pierret a observé chez une tabétique des sueurs nocturnes alternant avec la douleur en ceinture ; et chez une autre, une hémisudation très nette. Dans une curieuse observation de Putnam, il ne se manifestait jamais la moindre sueur dans les membres supérieurs ni dans la partie sous-ombilicale du tronc. La pilocarpine, tout en déterminant une sudation abondante dans la moitié supérieure du corps, n'amenait qu'une certaine moiteur, les cuisses, les jambes et les pieds restant absolument secs.

Enfin, on a noté une polyurie transitoire, des congestions localisées de la face, d'une oreille, d'un membre ; des hypérémies oculaires se différenciant de la conjonctivite ; des éruptions cutanées diverses.

Ces différents troubles vaso-moteurs se présentent donc dans le tabes avec une fréquence assez grande, pour qu'on soit tenté d'en rechercher le point de départ dans une lésion du névraxe au voisinage de l'altération systématique constante de l'ataxie locomotrice, et qu'on y trouve un argument de plus en faveur de l'origine centrale du sympathique ou, tout au moins, de la haute importance de son département spinal. Mais où siège ce cordon vaso-moteur médullaire ? Les lésions des cornes antérieures ne donnent lieu qu'à des symptômes d'atrophie musculaire, sans mélange de troubles vaso-moteurs. Cette région doit donc être exclue, en tant que recélant l'origine des fibres motrices du sympathique, les seules en cause dans cette région, en saine physiologie.

Les origines ou le point d'arrivée des fibres sensitives du sympathique sont-elles dans les cellules sensitives de la moelle? Les caractères particuliers de la sensibilité sympathique, si

généralement obtuse et inconsciente à l'état physiologique, ne permettent guère de lui assigner, comme siège commun, les foyers œsthésodiques des divers modes si exquis de la sensibilité périphérique.

Par exclusion, et dans la nécessité de ne point s'écarter des confins de la région des zones radiculaires postérieures on est amené à localiser la colonne sympathique de la moelle dans le groupe cellulaire important connu sous le nom de tractus intermedio-lateralis de Lockhart-Clarke, situé entre le col de la corne postérieure et le cordon latéral. On fait disparaître ce tractus dans la région cervicale de la moelle : cette disparition ne serait qu'apparente. M. Pierret en voit la continuation dans la colonne grêle du bulbe (slender column de Clarke); située entre les zones motrices et sensitives, en connexion avec les noyaux d'origine du trijumeau, du pneumo-gastrique, du spinal et du glosso-pharyngien, elle se continue en haut avec le nerf intermédiaire de Wrisberg, origine réelle de la corde du tympan, nerf vaso-moteur s'il en fut.

Bien que la sclérose des colonnes de Clarke ait été explicitement notée dans plusieurs autopsies des sujets chez lesquels des troubles vaso-moteurs s'étaient manifestés pendant la vie, ce n'est pas sans réserves que les auteurs nous livrent cette vue pathogénique nouvelle.

Passible de certaines objections, dépassant la portée des faits isolés qui peuvent seuls l'étayer jusqu'ici, elle nous paraît cependant devoir être retenue comme revêtue d'un caractère scientifique qui la sort des pures hypothèses et appelle, dès à présent, la discussion et les recherches.

II. — Les troubles vésaniques dans l'ataxie sont loin d'être un fait d'observation récente, bien que Duchenne signalât presque parmi les caractéristiques de cette affection l'intégrité des fonctions intellectuelles « persévérant, comme l'intégrité des forces musculaires, jusqu'au terme de cette maladie ».

Mais on n'y a guère cherché à reconnaître, jusqu'à présent, une forme et une allure les différenciant des types communs du délire de la paralysie générale.

Pierret et Rougier l'envisagent pour la première fois, par une conception symptomatique et pathogénique séduisante, comme « un délire de persécution, uni à un état lypémaniaque, à forme rémittente, apparaissant en général avec les troubles céphaliques du tabes et disparaissant avec eux, caractérisé par des sensations anormales de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, du toucher, jointe à des troubles de la sensibilité générale et viscérale, uniquement dus à l'évolution anatomique de la lésion et faussement interprétés par le malade ».

Ce délire porte donc sur un ordre d'idées et de sensations suggéré par les impressions liées à l'envahissement par le processus tabétique des différents points de l'arbre nerveux. Ce sont moins des hallucinations auxquelles est en proie le malheureux tabétique délirant, que des illusions dépendant de l'interprétation erronée de sensations trop réellement perçues. L'ataxique, qui se plaint d'être empoisonné, qui sent des odeurs répugnantes, dont les membres sont pris dans un étau, lacérés à coups de canif, etc., souffre réellement les tourments qu'il accuse ; on peut suivre, dans les intervalles d'état psychique normal, le caractère particulier des douleurs dont l'exacerbation va conduire aux conceptions délirantes, s'exerçant toujours sur le thème commun.

On doit admettre l'existence du processus tabétique dans les organes des sens ou dans les nerfs de la sensibilité générale que les troubles sensoriels, viscéraux, cutanés ou autres font incriminer.

A l'autopsie d'une observation de Rougier, on note une atrophie du trijumeau gauche, des lésions des tubercules quadrijumeaux et des nerfs olfactifs. Une autre de Topinard signale la dégénérescence grise demi-transparente des nerfs et des bandelettes optiques; des corps amyloïdes dans les nerfs acoustiques et olfactifs. Horn et Westphal ont observé des faits semblables.

Sans mentionner les observations parallèles de Ritti qui trouve des altérations de la couche optique toutes les fois qu'il y a hallucination ou illusion, on voit qu'un certain nombre de faits tendent à légitimer nne généralisation qui ajoute une donnée importante de plus à nos acquisitions croissantes de localisation psychique, toute question de doctrine réservée.

R. Longuet.

COURRIER

LE NOUVEL HÔPITAL VICTORIA DU CAIRE. — Les Anglais ne se contentent pas seulement d'occuper l'Egypte, ils songent encore à y établir des institutions durables. Le *British medical* du 13 janvier 1883 rapporte que, sur le désir du khédive, l'hôpital établi au Caire par lady Strangford, et qui ne devait durer que pendant la guerre, va devenir permanent et portera désormais le nom d'hôpital Victoria. M. Alonzo Money a communiqué au Comité l'intention du gouvernement égyptien de lui accorder l'année prochaine un subside de 50,000 fr. L'hôpital aura 60 lits, et deux heures par jour consultera un grand nombre de malades externes. On favorisera beaucoup les étudiants en médecine et les dames désireuses d'apprendre à panser les malades. M. Sieveking, le médecin de l'hôpital, vient d'être décoré par le khédive de l'ordre du Medjidié de 4e classe.

POIDS DES HOMMES ET DES FEMMES AUX ÉTATS-UNIS. — Pendant la dixième exposition de l'art et de l'industrie qui a eu lieu cette année à Cincinnati et qui s'est fermée le 7 octobre, un employé du bureau des *Sientific and Educational Appliances*, était chargé de noter les poids des hommes et des femmes qui visitaient la section occupée par la *Howe Scale Company*. On a pesé 7,467 hommes et 14,688 femmes, les premiers pesaient en moyenne 154 livres, et les secondes 130 livres. En 1864, à Boston, sur 20,000 personnes pesées, on avait trouvé, pour les hommes, un poids moyen de 141 livres, et pour les femmes, un poids moyen de 124 livres, soit environ 12 livres et 6 livres et demie de moins que les résultats trouvés dans l'Ouest.

CERTAMEN DE MÉDECINE MENTALE. — Une réunion aura lieu les 25, 26, 27 et 28 septembre prochain à *Nueva-Belen* (Saint-Gervais, près Barcelone), dans le but de discuter un certain nombre de questions relatives à la médecine mentale. Le nom de *Certamen* a été substitué à celui de *Congrès*, parce qu'il ne s'agit pas d'une assemblée internationale ouverte à tous, mais d'une réunion restreinte, à laquelle sont invités, par lettre de MM. les organisateurs du congrès, un certain nombre de médecins étrangers.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

Association Générale

SUR LA SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

La Société a tenu sa séance annuelle le dimanche, 11 février, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Comme tous les ans, cette séance a présenté un sérieux intérêt ; elle a été calme, ainsi qu'il convient, et n'a soulevé aucun incident. Quand les Associations, petites ou grandes, sont prospères, quand elles sont bien gérées et qu'elles fonctionnent régulièrement, les associés n'ont qu'un vœu à émettre, c'est que le *statu quo* se maintienne, et que rien ne vienne compliquer, ni surtout compromettre la situation. Si l'on se réunit de temps en temps, c'est pour se voir, se serrer la main, se complimenter mutuellement du bon état de l'œuvre commune et souhaiter que cela continue indéfiniment, et s'améliore par le fait même de la durée et de l'évolution normale.

Ainsi en a-t-il été cette année de la Société centrale.

A l'heure annoncée, M. le président Gosselin a ouvert la séance par une allocution courte, simple, dans laquelle il a dit, sans un mot de trop, ce qu'il était nécessaire et utile de dire. Dans ce discours, il est un passage sur lequel l'attention du lecteur doit être appelée, parce que ce passage répond à certaines insinuations qu'on ne saurait trop repousser : « A aucune époque, a dit M. Gosselin, la Société centrale, ni les autres Sociétés annexées à l'Association générale ne se sont occupées de questions politiques ni de sujets philosophiques ou religieux. Le bien à faire, le malheur à soulager, parfois la dignité morale de la profession à sauvegarder, voilà ce qui a préoccupé incessamment les Sociétés locales et, en particulier, la Société centrale. — Continuons à marcher résolument dans cette voie ; présentons-nous aux regards de tous avec la droiture de nos intentions et la franchise de nos actes, et il faudra bien que tout le monde nous encourage, nous applaudisse et, au besoin, nous soutienne. » Voilà la vérité. Elle sera entendue, nous n'en doutons pas, là où il importe qu'elle pénètre.

M. le Secrétaire général Piogey prend ensuite la parole, et fait connaître les pertes qu'à subies la Société centrale pendant l'année 1882, ainsi que les adhésions nouvelles qui ont comblé les vides laissés par la mort. La Société a eu la douleur de perdre 21 membres et la satisfaction d'en recevoir 38. Des 21 morts auxquels M. Piogey avait la pieuse mission d'adresser, au nom de tous, les suprêmes adieux, il en est un qui, en raison du rôle considérable qu'il a joué dans la fondation, et, qu'on nous passe l'expression, dans le lancement de l'Association, méritait une mention exceptionnelle. M. Piogey l'a bien compris et il a consacré à Amédée Latour, notre chef regretté, une notice nécrologique, complète bien que sommaire, aussi remarquable par la hauteur des appréciations, que par l'émotion des souvenirs et de la gratitude exprimés. — Les autres, il faut bien le dire, ont été non pas sacrifiés, mais énumérés simplement. Leur jour viendra bientôt. M. Piogey a dû se renfermer sans doute dans les limites de temps, prescrites par l'usage à la lecture de ces comptes rendus, et ce n'est pas ici qu'on peut ne pas le remercier d'avoir consacré son temps disponible à une mémoire qui nous est si chère.

M. Brun, trésorier de la Société centrale, comme il l'est de l'Association géné-

rale, obtient les mêmes succès aux séances annuelles de la Centrale qu'aux grandes assises de la Générale. C'est que les deux choses se confondent; la situation de l'une est la situation de l'autre, et, les lecteurs le savent de reste, cette situation est excellente. Comment refuser ses sympathies et marchander les applaudissements à l'orateur qui vous démontre, chiffres et pièces en mains, que vos vœux les plus chers sont en voie de s'accomplir. Dès l'exorde on est conquis :

« Messieurs, le mouvement financier de notre Société ne s'est pas ralenti pendant le dernier exercice; les ressources de notre actif ont permis à votre commission de distribuer en votre nom d'importants et nombreux secours, nous avons satisfait à toutes nos charges sociales vis-à-vis de l'Association générale, nous avons largement (vous entendez, lecteurs) contribué à l'augmentation du capital de la caisse des pensions viagères, et nous avons pu encore verser à notre compte de fonds de réserve la somme de 4,000 fr.

« Ainsi, poursuit l'orateur, chaque année ajoute à la solidité de notre œuvre, et le nombre toujours croissant des sociétaires qui perpétuent leur cotisation est la preuve manifeste de leur confiance dans l'avenir. Perpétuer sa cotisation, c'est-à-dire fournir à notre caisse un titre de rente qui lui appartienne pour toujours, c'est faire acte de libéralité envers notre Société, mais c'est aussi faire acte de foi dans sa durée, etc. »

Et tandis que M. Brun exposait à ses auditeurs charmés les preuves de la prospérité d'une œuvre qui lui tient à cœur plus qu'à personne, je me mis à songer que non seulement j'avais confiance en l'avenir, bien que je n'aie pas encore, par des raisons particulières, perpétué ma cotisation, mais que je serais bien curieux de connaître cet avenir, et, comme on dit, de revenir dans une centaine d'années, par exemple, « pour voir ».

Au train dont vont les choses, les ressources de l'Association augmentant sans cesse, il arrivera un jour où, sans toucher au capital (ce point est déjà atteint), il sera possible, tout en restant au-dessous des revenus (parce qu'il faut penser au fonds de réserve), de distribuer des secours à tous ceux qui en demanderont; d'en distribuer autant qu'on en demandera, — après enquête naturellement; mais les enquêteurs ne sont jamais très sévères. Les pensions viagères, portées toutes au maximum, seront doublées, décuplées même, en dépit des prohibitions de la loi, parce que, avec les millions de l'Association, on aura acheté des hôtels et des propriétés à la campagne, où seront logés et défrayés de toutes façons ces pensionnaires de Cocagne. Les veuves seront secourues, les enfants seront élevés; les fils, placés dans les lycées et soutenus jusqu'à ce qu'ils aient embrassé une carrière; les filles, dotées et mariées dans des conditions honorables. Enfin, pour tout membre de l'Association, il n'existera plus de soucis du lendemain, ni de préoccupations pour l'avenir, soit de soi-même, soit des siens. A ce moment, que fera l'Association, et de quoi s'occupera-t-elle ?...

Comme j'en étais là de ma rêverie, j'entendis la voix de M. Brun disant : Messieurs, l'avoir de la Société centrale est de 58 millions 232 mille 860 francs ; mais je me trompais : il n'était, au 31 décembre 1882, que de 58,232 fr. 86 c. ; c'est déjà magnifique et l'on peut, dès à présent, faire des projets illimités pour nos heureux successeurs.

M. Brun, en terminant, annonce que M. Ricord, dont la générosité est inépuisable, a fait don à la caisse de la Société d'une somme de 500 fr.; M. Gosselin, d'une somme de 200 fr. et M. le docteur Rotureau, d'une somme de 100 fr. Les applaudissements de l'assemblée couvrent chacun des noms de ces bienfaiteurs de l'œuvre.

M. Gouguenheim, chargé par la commission administrative, avec M. le docteur Ley, de vérifier les comptes du trésorier, se borne, comme ses prédécesseurs annuels, à exprimer, au nom de tous, ses sentiments de gratitude et de respect pour le dévouement inaltérable de M. Brun. L'assemblée ratifie par des applaudissements répétés le « satisfecit » de l'honorable rapporteur.

L'ordre du jour appelle le renouvellement, par tiers, des membres de la commission administrative. Le scrutin donne le résultat suivant :

Sont nommés : MM. Baldy, Bonne, Bourdin, Campardon, Cartaz, Chevalet, Duguet, Neumann, Radoux, Richard d'Aulnay, Roques, Troisier.

Le mandat quinquennal du bureau expirait cette année. L'assemblée, par acclamation, confirme dans leurs fonctions :

M. Gosselin, président ;
M. Le Roy de Méricourt, vice-président ;
M. Brun, trésorier ;
M. Piogey, secrétaire général.

La séance est levée à trois heures et demie, et chacun se retire en se disant que la journée a été bonne. — M. L.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

SUR LE

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS [1]

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ),

Par le docteur G. RICHELOT père,
Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

OBSERVATION II. — Accouchement long et douloureux, mais naturel. Voyage prématuré, suivi d'une perte utérine grave. Phénomènes douloureux du côté des lombes et du bas-ventre. Seconde grossesse au bout de quatre ans, compliquée de douleurs abdominales, qui persistent après l'accouchement. Engorgement du col utérin, traité sans succès pendant un an par la saignée générale, l'application des sangsues sur le col, de larges vésicatoires sur l'hypogastre, les frictions avec la pommade à l'iodure de plomb, les bains répétés, etc., etc. Cautérisations avec le caustique Filhos. Guérison complète après huit cautérisations.

Madame B..., de ..., à 120 kilomètres de Paris, âgée de 27 ans, de taille moyenne, douée d'un embonpoint normal, brune et assez colorée, mais d'un tempérament éminemment lymphatique, me consulte le 22 janvier 1868. Elle se dit malade depuis six ans, date de son premier accouchement. Cet accouchement, précédé d'une grossesse heureuse, a été naturel, mais long et douloureux. Les suites de couches ont été d'abord favorables. Malheureusement, un voyage entrepris prématurément s'est accompagné d'une perte utérine grave ; et, à partir de cet accident, la malade est restée sujette à des douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. Il y a deux ans, par conséquent quatre ans après la première couche, deuxième accouchement, laborieux comme le premier, mais également naturel. Cette fois, la grossesse s'est accompagnée de coliques, dit la malade, qui ont persisté et se manifestent encore presque quotidiennement.

Etat actuel : Depuis deux ans, c'est-à-dire depuis la dernière couche, douleurs presque continuelles, dans la région lombaire, sur le fondement, à l'hypogastre, avec recrudescence à la suite des époques menstruelles. Ces douleurs se font sentir d'abord, d'après la malade, dans les flancs, et irradient vers les régions indiquées. Les douleurs hypogastriques rendent la marche très pénible ou même impossible. Depuis six ans, c'est-à-dire depuis la première couche, mais seulement pendant la première semaine qui suit les règles, flueurs blanches âcres et donnant lieu à des démangeaisons plus ou moins vives. Les règles viennent exactement à leur date ; mais, depuis quatre mois, elles sont moins abondantes et moins colorées qu'à l'ordinaire.

Depuis six ans, sommeil habituellement agité et insuffisant. En ce moment, appétit médiocre, irrégulier ; lourdeur de tête et assoupissement après chaque repas ; langue à peu près naturelle ; épigastre douloureux à la pression ; très souvent sensation d'embarras à l'estomac et état nauséeux ; presque tous les matins, une garde-robe précédée constamment de coliques très vives ; matières molles et enveloppées de glaires. La malade n'accuse point de palpita-

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 janvier.

tions; elle se sent molle et affaiblie. Depuis quelque temps, dit-elle, sa maladie *lui porte sur les nerfs*; tantôt elle est gaie, tantôt elle a des idées noires.

Le toucher et le spéculum donnent les renseignements suivants : pas d'abaissement notable de l'utérus; rétroversion peu prononcée; très peu de sensibilité du col. Mais les deux lèvres du museau de tanche, énormes, largement écartées l'une de l'autre, très indurées, font une saillie de plusieurs centimètres, et constituent un vaste entonnotr elliptique, dirigé transversalement, dans lequel pénètre et se meut librement l'extrémité de l'index explorateur. La muqueuse cervico-utérine est très rouge, pas sensiblement granuleuse. L'exploration des culs-de-sac vaginaux et la palpation abdominale ne révèlent rien de morbide, soit dans les fosses iliaques, soit du côté du corps de la matrice. De sorte que le mal paraît très vraisemblablement limité au col.

Tel était l'état de la malade lorsqu'elle est venue me consulter. Or, elle était malade, probablement depuis six ans, mais certainement depuis deux ans, et elle était en traitement depuis un an ! Mais quel avait été ce traitement, qui, malgré sa longue durée, avait si peu réussi ? Il s'était composé des moyens suivants : Trois saignées du bras; trois applications de sangsues directement sur le museau de tanche; large vésicatoire sur l'hypogastre tous les mois; purgation une ou deux fois par mois; frictions avec la pommade à l'iodure de plomb sur le bas-ventre, suivies de cataplasmes de farine de graine de lin; bain entier tous les deux jours; sirop d'iodure de fer, qui a fatigué l'estomac et dont l'emploi a dû être rejeté; pilules de Blancard.

Ce traitement, à coup sûr très actif et suffisamment prolongé, n'a eu, comme on le voit, aucun effet utile, ni sur l'état local, ni sur l'état général.

22 janvier 1868. — Première cautérisation avec le caustique Filhos sur les deux lèvres engorgées successivement. L'application du caustique a été douloureuse, mais la douleur a été perçue seulement pendant une dizaine de minutes. — Cette cautérisation est suivie, pendant plusieurs jours, d'un écoulement sanieux tellement abondant que la malade est obligée de se garnir.

31 janvier. — Déjà l'on peut constater un commencement de diminution des lèvres engorgées, et le museau de tanche accuse une tendance à reprendre sa forme normale. — Deuxième cautérisation avec le caustique Filhos, en plein dans l'entonnoir formé par le col, plus profonde, plus prolongée que la première, plus douloureuse aussi; mais la douleur n'est pas perçue même pendant cinq minutes. En retirant le caustique, on voit des gouttelettes de sang sourdre à la surface de l'escharre. — A la suite de cette cautérisation, écoulement blanc abondant.

2 février. Flux menstruel en avance de cinq jours, s'accompagnant de maux de reins très vifs, plus intenses qu'à l'ordinaire, et qui empêchent la marche pendant cinq ou six jours. Les règles sont plus abondantes qu'aux époques précédentes et encore moins colorées. Après les règles, écoulement blanc. Malgré ces souffrances locales, la malade a la conscience d'une amélioration dans sa santé générale; l'appétit est meilleur; l'estomac fonctionne mieux.

17 février, huit jours après la cessation des règles. Le facies est notablement meilleur. Du côté des organes génitaux, les deux lèvres du museau de tanche continuent à diminuer d'une manière appréciable, mais la diminution est peu marquée depuis la dernière cautérisation, et il y a lieu de croire que la marche décroissante de l'engorgement a été retardée par la fluxion menstruelle. La lèvre antérieure est lisse, d'un rose pâle, et, à part le volume, paraît saine. La lèvre postérieure est plus volumineuse, rouge, dépouillée de son épithélium, saignante. — Troisième cautérisation avec le caustique Filhos, limitée à la lèvre postérieure. Cette cautérisation fait sourdre du sang en assez grande abondance, comme lorsque l'on applique le même caustique sur le col ramolli, ce qui indique évidemment qu'un travail de résorption a commencé à s'opérer dans les tissus engorgés. Elle ne s'accompagne d'aucune douleur, mais elle détermine un écoulement humoral abondant, qui force la malade à se garnir, et qui est mélangé d'un peu de sang.

24 février. Depuis une huitaine de jours, la santé générale s'est remarquablement consolidée : sommeil naturel; appétit plus régulier. La lourdeur de tête et la tendance à l'assoupissement, qui succédaient aux repas, ne se manifestent plus. La malade se ressent à peine des coliques qui, avant le traitement actuel, précédaient les garde-robes; celles-ci sont bien réglées et naturelles; forces meilleures. — Diminution plus marquée du volume des deux lèvres du museau de tanche, dont le tissu présente une apparence et une souplesse plus normales. Toutefois, la cavité du col est encore largement béante. — Quatrième cautérisation avec le caustique Filhos, en plein sur le col, profonde et prolongée, un peu douloureuse, mais pendant quelques instants seulement.

12 mars. La dernière cautérisation n'a été suivie d'aucun effet extérieur appréciable. Les règles sont venues normalement le 2 mars. Les souffrances qui suivent habituellement leur

émission ont été presque nulles. Aspect général de la bonne santé. — Diminution graduelle du museau de tanche, qui est saignant par suite de la chute de l'escharre. — Cinquième cautérisation.

23 mars. Depuis quelques jours, les forces générales se ramollissent, l'appétit diminue, il y a une salivation désagréable, les coliques se reproduisent et amènent des garde-robes diarrhéiques. — Les deux lèvres du col sont encore volumineuses, surtout la lèvre postérieure. — Sixième cautérisation portant principalement sur la lèvre postérieure. Prendre aux repas une poudre composée d'un mélange de sous-carbonate de fer, de magnésie calcinée et de sous-nitrate de bismuth.

Le 10 avril, les règles sont venues le 30 mars et se sont passées sans aucune souffrance. Il y a encore quelques coliques; mais l'appétit est vif, les forces excellentes, et Mme B.., est très contente de sa santé. — Le col est manifestement moins induré, encore ouvert et volumineux. — Septième cautérisation, suivie d'un léger écoulement de sang. Remplacer la poudre prescrite par l'usage des dragées de proto-iodure de fer et de manne de Foucher, d'Orléans.

15 mai. Les règles sont venues au commencement de mai, en retard de quelques jours, peu abondantes, mais sans douleurs. La malade s'aperçoit qu'elle maigrit; elle a de l'oppression. Cependant la santé générale reste bonne; les forces, à part la gène de la respiration, ne diminuent point; sommeil excellent, sans dyspnée dans le lit; coliques nulles; résultat de l'exploration des poumons et du cœur entièrement négatif; à peine quelques flueurs blanches. — Le col étant encore un peu gros, huitième et dernière cautérisation, qui ne cause aucune douleur.

Quelques jours après cette dernière cautérisation, les règles ayant paru abondamment, des fatigues intempestives donnent lieu à une métrorrhagie assez considérable. Après cette métrorrhagie, il reste un certain degré de faiblesse générale, mais l'étouffement a disparu complètement.

Le 10 juin, le museau de tanche est, à peu de chose près, revenu à son état naturel. Les époques menstruelles ne sont plus suivies d'aucune souffrance. Etat général parfait. Facies tout à fait naturel. Mme B... paraît plus jeune qu'avant le traitement. Il ne reste plus qu'un peu d'affaiblissement, résultat de l'hémorrhagie du mois précédent, et je l'engage à continuer pendant quelque temps l'usage des dragées de proto-iodure de fer et de manne.

La guérison s'était opérée graduellement et elle était complète. L'amélioration des principales fonctions et de la santé générale avait suivi en quelque sorte pas à pas les modifications favorables qui s'étaient opérées dans le col utérin engorgé.

Malheureusement, avant la fin du mois de juin, à peine guérie, Mme B... est redevenue enceinte. Cette troisième grossesse a été douloureuse pendant les derniers mois. L'accouchement a été difficile à cause du volume considérable du fœtus. Puis, il y a eu, à l'époque du retour de couche, un commencement de perte utérine, et la santé est devenue assez mauvaise. Malgré de si fâcheuses conditions, le col utérin n'a point été repris d'engorgement. J'ai donné des soins à Mme B... pendant les années 1869 et 1870. A plusieurs reprises, j'ai exploré ses organes génitaux, soit par le toucher, soit avec le spéculum. Après la période puerpérale passée, le col utérin est resté, en définitive, avec l'aspect que présente généralement cet organe sain chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants.

REMARQUES. — Cette observation offre un grand intérêt pratique par le parallèle si remarquable du traitement préconisé par des médecins qui faisaient autorité et adopté par un grand nombre de praticiens de cette époque, avec celui qui a pour base fondamentale l'application du caustique Filhos. Le premier a été continué pendant une année entière sans aucun avantage. Le second a procuré une guérison complète en quatre mois et demi avec huit cautérisations.

La malade faisait remonter ses souffrances à son premier accouchement, qui avait eu lieu six ans auparavant. Pourtant ce premier accouchement, quoique long et douloureux, avait été naturel. Mais trop peu de temps après, un voyage, d'autant plus imprudent que l'accouchement avait été laborieux et avait dû fatiguer la matrice, a déterminé une perte utérine grave. A partir de cet accident, la malade est restée sujette à des maux de reins et à des douleurs dans le bas-ventre, dont on saisit facilement la cause locale.

Deux ans plus tard, une seconde grossesse s'est produite. Malgré ce long intervalle, la matrice ne s'était point rétablie, puisque les symptômes douloureux existaient toujours; et cette condition morbide explique les douleurs abdominales qui

ont compliqué cette seconde grossesse, et qui, après l'accouchement, ont persisté jusqu'au moment où a été appliqué le traitement par le caustique Filhos.

Toutefois, une exploration attentive a donné à penser que le mal était limité, au moins en très grande partie, au col, dont l'engorgement était énorme.

Les premières applications du caustique ont été assez douloureuses, mais la douleur n'a duré que dix, puis cinq minutes, et les dernières n'ont pas fait souffrir du tout.

L'écoulement extrêmement abondant qui a suivi ces cautérisations est remarquable, et explique très bien la diminution de volume des tissus engorgés et la tendance du museau de tanche à reprendre sa forme normale, qui ont été constatées déjà très peu de temps après la première application du caustique.

Sous l'influence de ce dégorgement et de l'excitation spéciale produite dans l'intimité des tissus par le caustique, les lèvres utérines ont continué à perdre de leur volume anormal, le ramollissement de leur tissu devenu plus souple a révélé le travail de résorption qui s'y faisait, et moins d'un mois après la huitième cautérisation, le museau de tanche avait repris, à peu de chose près, son état naturel.

En outre, la menstruation s'est établie sans souffrance, donnant une nouvelle preuve du retour de la matrice à la santé.

A mesure que le col utérin se dégorgeait, et que la lésion disparaissait par la destruction des tissus morbides, l'influence de la maladie locale sur l'organisme s'amoindrissant, la malade avait la conscience d'une amélioration dans sa santé générale; toutes les fonctions s'accomplissaient mieux; l'appétit devenait meilleur, l'estomac fonctionnait plus régulièrement, le facies et tout l'ensemble de la jeune femme prenait l'apparence de la bonne santé.

Il faut remarquer, dans ce cas, la solidité de la guérison produite par le dégorgement complet du col utérin. Sans doute, à sa troisième couche, la malade a été entourée de tous les soins nécessaires. Mais il n'en est pas moins intéressant de voir un organe qui avait été si profondément altéré, résister avec succès aux causes de lésion qui avaient leur source prévue dans cette grossesse intempestive.

Je dois citer ici un fait qui n'est pas sans intérêt pratique. Cette malade, qui habitait à 120 kilomètres de Paris, faisait ce voyage chaque fois qu'elle avait à me consulter; et, prenant à peine quelque repos, retournait chez elle, par le chemin de fer, peu de temps après la cautérisation. Aucun accident n'a été causé par ces voyages.

A suivre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 février 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Présentations. — Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire. — Rapports: sur une observation d'élongation du nerf dentaire inférieur pour une névralgie rebelle du trijumeau; — sur une observation d'expulsion spontanée d'un calcul vésical voluinmeux à travers la paroi uréthro-vaginal; discussion. — Rapport sur une observation de kyste myxo mateux du testicule; discussion. — Communications : Des rapports de la syphilis héréditaire avec le rachitisme ; — kyste hydatique de la poitrine.

M. VERNEUIL présente 1°, au nom de M. Rédard, une observation d'amputation de la jambe chez un albuminurique; 2°, au nom de M. le docteur Faucon (de Lille), une brochure sur les ligatures des artères avec des fils de cat-gut.

— M. MONOD présente, de la part de M. le docteur Schwartz, une observation de taille hypogastrique, suivie de guérison.

— M. le PRÉSIDENT déclare une vacance de place de membre titulaire; les candidats anciens ou nouveaux ont un mois pour faire ou renouveler leur acte de candidature.

— M. POLAILLON, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Périer et Delens, lit un rapport sur deux observations adressées par M. le docteur Mouchez (de Sens). La pre-

mière est intitulée : Élongation du nerf dentaire inférieur droit pour une névralgie rebelle du trijumeau avec tic douloureux de la face, guérison. L'opération a été pratiquée par le procédé de la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur. La douleur, qui occupait toutes les branches du trijumeau, a disparu immédiatement après l'élongation, dans toute la sphère de distribution du tronc nerveux, bien que l'élongation n'ait porté que sur le nerf dentaire inférieur. Les crises douloureuses ont reparu, il est vrai, au bout de quelque temps, mais elles ont été beaucoup moins violentes, elles ne s'accompagnaient plus de mouvements convulsifs des muscles de la face et elles ont pu être calmées par les injections de morphine qui, avant l'opération, se montraient absolument impuissantes; enfin elles ont cessé complètement. Il est juste d'ajouter que le malade n'a été suivi que pendant quatre mois, laps de temps insuffisant pour permettre de se prononcer sur le caractère définitif de la guérison, car, plus d'une fois, on a vu la névralgie reparaître au bout de ce temps. Quant à la gêne de la déglutition et de la mastication que l'on observe habituellement pendant un certain temps après l'opération faite par le procédé de la trépanation, l'auteur dit que cette gêne persistait encore, du moins celle de la mastication, au bout de quatre mois, bien qu'elle fût très notablement diminuée et qu'elle s'atténuât de jour en jour de manière à faire espérer sa disparition complète et prochaine.

La deuxième observation de M. Mouchez est relative à un cas d'expulsion spontanée d'un volumineux calcul de la vessie à travers la paroi uréthro-vaginale.

Le sujet, vieille femme de 72 ans, éprouvait depuis quelque temps de violentes douleurs en urinant et expulsait parfois du sang avec les urines. Un médecin consulté, ayant pratiqué le toucher vaginal et trouvant dans le vagin une tumeur volumineuse, avait diagnostiqué une affection cancéreuse et avait cru devoir faire part à la famille de son fâcheux diagnostic. Cependant les douleurs éprouvées pendant la miction allaient tous les jours augmentant et étaient devenues intolérables. Un jour la malade en portant le doigt dans le vagin sentit, dit-elle, un corps qui avait la dureté d'un os et tout à coup, à la suite d'un effort, elle vit sortir du vagin un corps volumineux qui tomba par terre. Elle fut immédiatement soulagée de ses douleurs après l'expulsion de ce calcul qui pesait 140 grammes et mesurait 7 centimètres de long sur 5 de large et 6 de haut. M. Mouchez n'a vu la malade qu'après l'expulsion du calcul; elle avait une fistule uréthro-vaginale; mais l'auteur ne dit pas ce que cette fistule est devenue, détail qu'il serait important de connaître. Il est probable qu'il s'agissait là d'un calcul arrêté et emboîté au niveau du col de la vessie et qui a fini par se faire jour à travers la paroi uréthro-vaginale.

M. Verneuil a eu l'occasion d'observer il y a peu de temps deux cas de fistule uréthro-vaginale causée par un calcul.

La première malade est une femme du Havre que M. Verneuil avait opérée, il y a dix ans, à l'hôpital Lariboisière d'une fistule vésico-vaginale dont elle était parfaitement guérie. Sept ans après elle revint consulter M. Verneuil, disant que sa fistule s'était reproduite. En pratiquant le toucher, M. Verneuil fut surpris de rencontrer sur la paroi antérieure du vagin une saillie dure au niveau de laquelle existait une fistule uréthro-vaginale. L'introduction d'un stylet lui montra que cette saillie dure n'était autre chose qu'un calcul. M. Verneuil se proposait d'agrandir l'ouverture fistuleuse, au moyen d'une incision, d'extraire le calcul et de faire ensuite la suture, lorsque, deux jours après, le calcul fut expulsé spontanément. Il avait le volume d'une grosse olive très régulière et terminée en pointe.

M. Verneuil espérait que cette perforation spontanée guérirait facilement par l'opération de la fistule uréthro-vaginale. Il fit la suture, mais il eut un échec complet. Le canal de l'urèthe se coupa en deux sur une sonde de Sims, en aluminium, très légère, mise à demeure. M. Verneuil tenta à plusieurs reprises de fermer la fistule en taillant des lambeaux et refaisant la suture ; une fois il crut toucher au but, mais, au moment où il ne restait plus qu'une petite fistulette insignifiante, un second calcul vint malencontreusement s'y engager et tout détruire. Bref, M. Verneuil se vit forcé de renvoyer sa malade non guérie ; elle n'avait plus d'urèthre, tout le canal ayant été consommé dans les diverses tentatives faites pour la guérison de la fistule.

L'an dernier, M. Verneuil vit arriver à sa consultation une malade venue des environs de Soissons où elle était traitée pour une affection soi-disant incurable de la matrice et des parties génitales. Un médecin examina la malade et porta le diagnostic de fistule vésico-vaginale. Cette fistule avait été créée par un calcul. En l'examinant, M. Verneuil vit suinter l'urine par la paroi antérieure du vagin, et l'introduction d'un stylet lui permit de constater la présence du calcul. La paroi vésico-vaginale s'était perforée elle-même sur une aspérité du calcul.

M. Verneuil pratiqua la taille vésico-vaginale et fit l'extraction d'un calcul du volume d'un petit œuf de poule. Après avoir ouvert la vessie, il essaya de faire la suture. Mais la vessie,

revenue sur elle-même, n'avait plus en étendue que la capacité remplie exactement par le volume du calcul; la suture échoua; une deuxième opération échoua pareillement par la difficulté de maintenir une sonde à demeure dans une vessie à parois épaisses et rendues absolument inextensibles par suite d'une inflammation chronique.

M. Verneuil ne pense pas que ces échecs répétés trois fois sur l'une, deux fois sur l'autre de ces malades, puissent être imputés à la maladresse de l'opérateur, car il croit avoir acquis une certaine habitude de l'opération de la fistule vésico-vaginale. Depuis 25 ans, il n'y a pas d'année où il n'ait eu à pratiquer cette opération et il en est arrivé, aujourd'hui, à un chiffre de 130 à 140.

M. Berger a eu l'occasion d'observer une perforation vésico-vaginale produite par un calcul, dans des conditions un peu différentes de celles qui ont été indiquées dans les précédentes observations.

Il s'agit d'une femme entrée dans le service de Broca pour y être opérée d'un calcul vésical. Broca fit la taille uréthrale à l'aide du lithotome double et, arrivé jusqu'à la vessie, il constata que le calcul s'était formé autour d'un corps étranger, une épingle à cheveux. Pendant l'extraction, l'extrémité de l'épingle vint perforer le cul-de-sac vésical. La malade quitta l'hôpital quelque temps après.

Au bout de quelques années elle vint trouver M. Berger à l'hôpital de Lourcine, lui demandant de la débarrasser d'une incontinence d'urine dont elle était, disait-elle, affligée depuis l'opération.

M. Berger constata qu'elle n'avait presque plus de canal de l'urèthre ni de sphincter vésical. En obturant l'orifice de l'urèthre, on s'apercevait qu'il s'écoulait de l'urine dans le vagin. M. Berger découvrit une petite perforation, de l'étendue d'une lentille, qui laissait passer la presque totalité de l'urine.

Il y avait donc là une perforation de la paroi vésico-vaginale, produite par un corps étranger dont l'extraction avait donné lieu à une fistule vésico-vaginale persistant depuis plusieurs années.

La malade, après une seule opération, a été complètement guérie, sauf un peu d'incontinence d'urine due à la lésion de l'urèthre. Quand elle a quitté l'hôpital, elle pouvait conserver la plus grande partie de ses urines. Il faut remarquer que, dans ce cas, la vessie n'avait été ni ulcérée, ni amincie par une perforation spontanée.

M. Polaillon, d'après le désir exprimé par plusieurs de ses collègues, écrira à M. le docteur Mouchez afin de savoir de lui ce qu'est devenue la fistule uréthro-vaginale de sa malade.
M. le rapporteur conclut en proposant de publier dans les *Bulletins* les deux observations de M. Mouchez. (Adopté.)

— M. Chauvel lit un rapport sur une observation de M. le docteur Richond, chirurgien militaire, de cancer du testicule, développé sur un jeune soldat de 22 ans, à la suite d'une contusion violente ayant déterminé une infiltration sanguine des bourses. Consécutivement à ce traumatisme, il se produisit dans le testicule droit une tumeur qui grossit peu à peu et finit par devenir très gênante par son poids. Diverses médications furent employées sans résultat. Trois injections interstitielles, pratiquées dans la tumeur, ne firent qu'en augmenter le volume et y provoquer une inflammation douloureuse. Les ganglions inguinaux et lombaires restaient cependant intacts. M. Richond fit une ponction exploratrice qui donna issue à un liquide couleur chocolat. La castration fut proposée et pratiquée le 16 juin. Les suites en furent simples. Le malade sortit de l'hôpital, le 24 juillet, complètement guéri.

L'examen de la pièce anatomique a montré qu'elle était constituée par un néoplasme limité aux vésicules séminales et à l'épididyme, et formé principalement de tissu onyxomateux et kystique. Depuis deux ans que la tumeur a été enlevée, il n'y a pas eu de récidive, ce qui fait espérer à l'auteur qu'il s'agit ici d'un myxome-kystique de nature bénigne.

M. le rapporteur croit devoir faire des réserves au sujet de cette opinion sur la nature bénigne de la tumeur; il pense qu'il y a lieu d'attendre encore pour être fixé sur la non-récidive.

M. Richelot déclare s'associer complètement aux réserves de M. le rapporteur sur la nature, supposée bénigne, du myxome-kystique du testicule. Depuis Curling, et malgré les travaux de quelques chirurgiens, parmi lesquels il faut citer l'article de M. Trélat dans les *Archives de médecine et de chirurgie* en 1852, on avait perdu la trace de la maladie kystique bénigne. Un certain nombre d'observations ont été publiées, qui montrent la généralisation viscérale de ces tumeurs réputées bénignes. M. Terrier a communiqué l'observation d'une tumeur de ce genre qu'il a enlevée, et qu'il considérait comme un myxome-kystique bénin. M. Malassez, après examen de la tumeur, lui imposa le nom d'épithélioma

myxoïde, ajoutant que, dans sa pensée, cette épithète purement anatomique n'entraînait pas l'idée clinique d'un cancroïde. Or, à quelque temps de là, M. Terrier est venu dire que l'opéré était mort de généralisation viscérale de ce même myxome-kystique.

M. Desprès montre le désaccord complet qui existe entre les chirurgiens, au sujet de la maladie kystique du testicule. Dans presque toutes les observations recueillies sur cette maladie, on voit les tumeurs dites kystiques se comporter comme des cancroïdes; elles récidivent toujours, quand il y a du cancroïde, ou de l'épithélioma, ou du myxome.

D'après les documents qu'il a recueillis pour son article *Testicule* du *Traité de pathologie* de Nélaton, M. Desprès est arrivé à distinguer deux variétés de la maladie kystique : l'une, qu'il range dans la catégorie des tumeurs cancéreuses; l'autre, dans celle des tumeurs adénoïdes, des adénomes kystiques.

M. Tillaux a présenté, en 1863, une tumeur kystique du testicule qu'il avait examinée au microscope avec M. le professeur Sappey. Il leur sembla qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne développée aux dépens du système lymphatique du testicule. Or, le malade mourut quatre ans après, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Maurice Raynaud, d'une récidive de la tumeur dans la plèvre. Il s'agissait donc bien là d'une tumeur bénigne en apparence, maligne en réalité.

M. Poncet (de Cluny) fait remarquer que dans les tumeurs dites kystiques du testicule, le kyste n'est qu'un accident, comme on l'observe également dans l'enchondrome, le myxome, l'épithélioma, le sarcome. Pourquoi donc faire d'un accident le point de départ de la dénomination d'une espèce particulière ?

M. Richelot dit que, dans le cas observé par M. Terrier, il s'agissait d'une tumeur kystique dans laquelle il y avait seulement de minces cloisons fibreuses entre les kystes, sans stroma, et cependant la tumeur a récidivé dans les viscères. M. Desprès dira-t-il que c'était un adénome récidivant? Il n'y avait que des kystes, mais quels kystes ? M. Malassez a dit : épithélioma myxoïde. Le kyste n'était pas un accident, comme l'entend M. Poncet.

M. Trélat, depuis le cas observé par lui, il y a 31 ans, dans le service de M. Nélaton, a eu deux fois l'occasion d'observer la maladie kystique du testicule; mais, dans ces deux cas, la maladie n'a pas présenté les mêmes apparences et il n'est pas douteux, pour M. Trélat, que le kyste ne fût qu'un simple épiphénomène, un accident, suivant le mot de M. Poncet. C'étaient des myxomes avec kyste, comme il y a des enchondromes avec kyste.

Au fond, il s'agit là, suivant M. Trélat, malgré les apparences, de tumeurs récidivantes, de néoplasmes végétants, myxomateux, sarcomateux, chondroïdes, etc. La maladie kystique du testicule n'est que cela en réalité et il n'est nullement démontré qu'on observe quelquefois des tumeurs méritant le nom de kyste bénin du testicule.

M. Desprès dit qu'il existe, dans les livres de pathologie, une affection décrite sous le nom de maladie kystique du testicule. A quoi peut se rapporter cette maladie kystique ? Pour lui, il a pensé à établir deux espèces de cette maladie : 1° une maladie kystique adénoïde, ou adénome kystique, de nature bénigne; 2° une maladie kystique constituée par une tumeur carcinomateuse, sarcomateuse, myxomateuse, avec kystes; celles-ci sont de la catégorie des tumeurs malignes. En effet, il existe un petit nombre de tumeurs du testicule franchement kystiques, qui n'ont pas récidivé après des années écoulées depuis l'opération.

M. Richelot vient d'examiner un dessin annexé au travail de M. Richond et il lui a semblé, ainsi qu'à l'un de ses collègues, que ce dessin représente un épithélioma muqueux; il est probable que la tumeur récidivera, contrairement aux espérances de l'auteur. Il n'a pas eu affaire à un adénome kystique, mais à un épithélioma.

M. Chauvel, rapporteur, partage absolument l'opinion de M. Richelot sur la nature épithéliomateuse de la tumeur opérée par M. Richond ; il ne pense pas que l'on puisse, d'ores et déjà, affirmer la non-récidive de cette tumeur.

M. Poncet déclare que le myxome est une tumeur éminemment récidivante; il n'existe, dans la science, qu'un seul cas authentique de myxome non récidivé.

A une question que lui adresse M. Trélat, M. Poncet répond que tous les myxomes, sans exception, sont dans ce cas.

— M. Lannelongue fait une communication sur les relations de la syphilis héréditaire avec le rachitisme. Cette communication a pour point de départ l'observation d'un enfant de trois ans et demi, entré, il y a quinze jours environ, dans le service de M. Lannelongue, à l'hôpital Trousseau, avec tous les caractères du rachitisme au plus haut degré, et qui y mourait quelques jours après, d'une pneumonie aiguë. Voici quels furent les renseignements recueillis de la bouche du père et de la mère de l'enfant.

La mère, étant jeune fille, avait été victime de violences exercées sur elle par un de ses parents qui lui communiqua la syphilis ainsi qu'à deux de ses sœurs. Elle éprouva, à la suite, une série d'accidents pour lesquels elle suivit un traitement régulier de plusieurs mois. Mariée à 20 ans à un jeune Alsacien elle devenait enceinte après deux ans de mariage. Pendant toute la duré de sa grossesse, elle n'eut pas de nouveaux accidents, sauf quelques douleurs crâniennes qui disparurent, au bout de peu de jours, sans aucune médication.

L'enfant, venu au monde au terme régulier de la grossesse, présenta, quelques jours après sa naissance, une éruption cutanée assez persistante, au niveau des organes génitaux et au pourtour de l'anus. Après cette éruption survint un coryza qui ne dura pas moins de cinq à six mois.

A l'âge de 14 mois se manifestèrent sur les membres, particulièrement sur le bras droit, de petite tumeurs semblables à des nodosités, au dire des parents.

Dans les derniers temps apparurent les symptômes du rachitisme portés au plus haut degré, puis, finalement, des phénomènes fébriles accompagnés de symptômes étranges de pneumonie particulière à laquelle le petit malade succomba, comme nous l'avons dit, quelques jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on constate des lésions dans tous les viscères : poumons, foie, rate, reins, etc.

Dans le poumon existent des noyaux d'hépatisation grise, des foyers d'exsudats caséeux dans les ganglions bronchiques; dans le foie, on constate de l'hypertrophie scléreuse, avec épaississement de la capsule de Glisson; à la surface du foie se voient des dépressions alternant avec des saillies; mêmes lésions dans la rate dont la capsule est également épaissie.

Outres les altérations viscérales existaient des lésions du côté du squelette, principalement caractérisées par du rachitisme aussi prononcé que possible, ayant frappé tous les os du squelette, du crâne aux extrémités, atteignant à la fois l'épiphyse et la diaphyse des os longs, les tables interne et externe des os plats, le tissu compacte et le tissu spongoïde.

Aux épiphyses, inflexions rachitiques, élargissement énorme de la couche choncroïde, développement extraordinaire du tissu spongoïde.

Sur les diaphyses, petites tumeurs de forme olivaire présentant, à la coupe, une partie centrale constituée par l'os ancien et entourée d'une néo-formation de tissu spongoïde. En certains endroits, existence de fêlures, ou fractures incomplètes visibles sur presque tous les os longs, toujours dirigées dans le sens de la diaphyse.

Des altérations analogues existent sur le crâne et en général sur tous les os plats et tous les os courts.

M. Lannelongue pense que cette observation, base de la communication qu'il se propose de compléter ultérieurement en mettant sous les yeux de ses collègues des pièces et des dessins à l'appui, mérite de prendre place parmi celles qui tendent, aujourd'hui, à établir une relation intime entre le rachitisme et la syphilis.

L'opinion, émise par M. Parrot et appuyée par lui sur de nombreuses observations, que le rachitisme ne serait qu'un accident de la syphilis héréditaire, cette opinion, dit M. Lannelongue, gagne de jour en jour de plus nombreux adhérents, et tend de plus en plus à s'établir dans la science, sur la base de faits bien observés. En tout cas, la question mérite d'être posée et discutée sérieusement.

— M. Tillaux croit devoir communiquer un fait clinique qui lui a paru très digne d'intérêt, au moins par son extrême rareté.

Il s'agit d'nn homme de 43 ans, entré le 23 septembre dernier à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Tillaux. Cet homme avait une rétention complète d'urine ; cependant, on pouvait facilement faire passer à travers le canal de l'urèthre, jusque dans la vessie, une sonde en caoutchouc; la sonde métallique ne passait pas.

Le malade accusait de vives souffrances dans les reins, vers le sacrum et à la partie inférieure de la colonne vertébrale.

Par le toucher rectal, M. Tillaux constata l'existence d'une prostate très volumineuse, remplissant le rectum et refoulant l'urèthre vers le pubis. Cette tumeur parut à M. Tillaux être la cause matérielle des souffrances éprouvées par le malade et de la rétention d'urine. Elle était, du reste, parfaitement régulière, lisse, rénitente, fluctuante.

M. Tillaux posa le diagnostic suivant : collection liquide et probablement abcès froid de la prostate, développé principalement dans le lobe droit. Les raisons pour lesquelles M. Tillaux avait pensé à un abcès froid, c'étaient l'apparence chétive du malade et, en outre, l'existence d'une cicatrice ancienne d'un abcès de ce genre sur le thorax.

Le malade fut tenu en observation jusqu'au 9 octobre ; mais, à ce moment, comme il souffrait beaucoup, ne mangeait plus, allait s'affaiblissant de jour en jour, M. Tillaux résolut d'ouvrir cette collection. Portant donc le doigt dans le rectum, et glissant le long du doigt, le long d'un *speculum ani*, un bistouri, il plongea la pointe de l'instrument dans la tumeur.

Il s'échappa aussitôt au dehors un flot de liquide un peu coloré, surtout par la présence d'une petite quantité de sang, et que l'on eût pu craindre tout d'abord être de l'urine, si l'absence de l'odeur particulière à ce liquide n'avait pas rassuré immédiatement le chirurgien sur la fâcheuse éventualité de l'ouverture de la vessie. D'ailleurs, l'introduction d'une sonde dans la cavité vésicale, en ramenant à l'extérieur une certaine quantité d'urine parfaitement limpide, acheva d'éloigner toute crainte d'un semblable accident.

La tumeur était donc constituée par un kyste de la prostate. L'examen microscopique, en montrant dans le liquide de la ponction l'existence de crochets d'hydatides, édifia complètement M. Tillaux sur la nature de ce kyste.

Deux jours après, d'ailleurs, le malade en allant à la garde-robe, expulsa par le rectum une masse considérable d'hydatides, au moins une trentaine. Il s'agissait donc bien d'un kyste hydatique de la prostate, affection extrêmement rare et dont il n'existerait même dans la science, d'après M. Le Dentu, aucun exemple authentique.

Après quelques accidents du côté du ventre qui firent craindre, de prime abord, une péritonite, mais qui disparurent rapidement, le malade quitta l'hôpital, le 3 novembre, parfaitement guéri.

M. Nicaise se propose de communiquer prochainement, à la Société de chirurgie, une observation de kyste hydatique de la prostate.

M. Marc Sée demande si M. Tillaux a pris quelques précautions au point de vue de l'introduction possible des matières fécales dans la cavité du kyste et, en particulier, s'il a fait des lavages.

M. Tillaux répond qu'il n'a pris aucune précaution, et surtout qu'il s'est bien gardé des lavages, dans la crainte de provoquer l'irritation de la plaie, laquelle a ainsi guéri toute seule. — A. T.

VARIÉTÉS

LE SERVICE DENTAIRE DES ÉCOLES COMMUNALES DE PARIS.

C'est avec raison que le Conseil municipal de Paris a rejeté dans la séance du 2 février dernier, sur les conclusions du rapport de M. Levraud, les proposition qui lui étaient faites par un groupe de dentistes de créer gratuitement un service dentaire spécial dans les écoles communales. Nous n'avons pas à apprécier la discussion qui s'est élevée entre nos édiles; mais nous constatons que les motifs mis en avant par le rapporteur sont légitimes. L'inspections dentaire ne doit pas être confiée à d'autres médecins que les inspecteurs actuels, dont la compétence suffit parfaitement en ces matières, quoi qu'on en dise, pour signaler aux familles les soins qu'elles pourront faire donner à la denture des enfants par le dentiste de leur choix. L'administration ne peut pas ainsi transformer les écoles en dispensaires; elle a déjà créé des cantines, des caisses d'école, elle va habiller les enfants des bataillons scolaires! Il est temps de s'arrêter dans cette voie et de ne pas faire oublier tout à fait aux parents les devoirs de la paternité.

Comme corollaire à cette décision, et pour faciliter aux indigents la possibilité de faire soigner leur denture gratuitement, M. le directeur de l'Assistance publique a annoncé l'organisation prochaine d'un service dentaire dans les hôpitaux. — C. E.

FORMULAIRE

Pommade contre la scrofule ganglionnaire. — Bazin.

Extrait de ciguë.	4 à 8 grammes.
Axonge.	30 —

Mêlez. — Cette pommade est conseillée contre les écrouelles peu volumineuses et non ramollies qui siègent sur des parties découvertes. — Si les glandes sont volumineuses et ramollies, on en hâte l'ouverture au moyen des cataplasmes, on les incise et on y applique les caustiques, tels que les flèches de chlorure de zinc, le caustique de Vienne ou l'acide chromique. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — M. le docteur Eugène Lachenal, commandeur de la Légion d'honneur, ancien député au Parlement sarde et gouverneur de la Savoie à l'époque où cette province fut réunie à la France, vient de succomber à Annecy, à l'âge de 87 ans.

— Nous apprenons aussi la mort, à Brest, de M. le docteur Chassaniol, médecin en chef de la marine en retraite, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 76 ans.

Concours. — Un concours s'ouvrira, le 1er juin 1883, à l'École du Val-de-Grâce, pour quatre emplois de professeur agrégé. Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées, savoir : clinique chirurgicale, clinique médicale, hygiène et médecine légale militaires, maladies et épidémies des armées.

Les épreuves du concours seront déterminées ainsi qu'il suit, et continueront d'être exécutées conformément aux prescriptions de la décision ministérielle du 6 avril 1878.

Concours de chirurgie. — 1° Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale, tirée particulièrement des lésions observées aux armées ; 2° préparation d'une région anatomique, description de cette région, indication des applications de pathologie interne ou externe, et de médecine opératoire qu'elle comporte ; 3° examen clinique de deux malades blessés, atteints : l'un d'une lésion aiguë ; l'autre, d'une affection chronique ; un de ces deux malades sera choisi parmi les sujets atteints d'une maladie des yeux, des oreilles ou du larynx. Leçons sur ces deux cas : 4° pratique de deux opérations chirurgicales, avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent. Pansements, application des bandages et appareil.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires.

Concours de médecine. — 1° Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire ; 2° leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaires ; 3° examen clinique de deux malades fiévreux, atteints : l'un d'une maladie aiguë ; l'autre d'une affection chronique. Leçon sur les deux cas observés ; 4° autopsie cadavérique avec démonstration médico-légale, s'il y a lieu, des lésions qu'elle révèle. Examen macroscopique et microscopique des pièces anatomiques.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires.

Conformément à la décision ministérielle du 4 février 1881, les médecins-majors de 1re et de 2e classe seront seul admis à prendre part au concours. Les médecins militaires en possession de l'un de ces deux grades, qui désireront concourir, adresseront au ministre de la guerre une demande qui devra, sous peine de rejet, être revêtue de l'avis motivée de leurs chefs. Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle se présentera le candidat, sera transmise au ministre, par la voie hiérarchique, avant le 1er mai 1883, terme de rigueur.

Laboratoire municipal. — Un examen pour les emplois de chimiste et d'expert-inspecteur au laboratoire municipal de chimie établi près la Préfecture de police aura lieu le mardi 6 mars prochain, à dix heures du matin.

Les candidats devront, en conséquence, adresser une demande à la Préfecture de police (secrétariat général, service du personnel), en y joignant :

1° Leur acte de naissance ; 2° un extrait de leur casier judiciaire ; 3° leur livret militaire ; 4° un certificat de bonne vie et mœurs ; 5° une notice faisant connaître leurs antécédents et leurs études. Cette notice devra être accompagnée des diplômes, certificats, etc., à l'appui.

Cette demande devra parvenir à la Préfecture, le 28 février au plus tard.

Ne seront admis à concourir que les candidats réunissant les conditions suivantes :

1° Être français ; 2° avoir satisfait à la loi sur le recrutement militaire ; 3° être âgé de plus de vingt et un ans et de moins de trente ans ; 4° avoir été examiné par l'un des médecins de la Préfecture de police et reconnu physiquement apte à remplir les fonctions dont il s'agit.

Aussitôt leur demande parvenue, les candidats recevront à domicile un exemplaire du programme de l'examen.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 13 février. — La discussion sur la fièvre typhoïde continue devant un public nombreux et vivement intéressé par la tournure nouvelle que lui a donnée l'intervention de M. Glénard. Car c'est lui, nous ne devons pas l'oublier, l'auteur de cette reprise inattendue; c'est lui qui a mis les médecins de Paris les plus autorisés en demeure de venir exposer leurs idées sur le traitement de la fièvre typhoïde; nous y insistons, pour donner à notre confrère de Lyon, dont les opinions trouvent une si vive résistance à l'Académie, une consolation légitime.

Le point culminant de la séance devait être le discours de M. Peter. Mais les documents se pressent à la tribune, et de nouveaux personnages apparaissent, dignes de figurer parmi les combattants en ligne. C'est M. Teissier, qui n'a pas signé la fameuse déclaration, et que M. Vulpian a prié d'exposer son opinion en termes formels. De sa réponse, lue à la tribune, il appert que l'éminent clinicien de la faculté lyonnaise n'a pas de confiance dans les formules absolues et les méthodes systématiques. Les bains froids conviennent, selon lui, aux températures excessives et aux formes ataxiques; hors de là, ils ne peuvent rien pour abaisser la mortalité, et de graves accidents, pleurésie, pneumonie, péricardite, peuvent leur être imputés.

C'est ensuite le professeur Bondet, que M. Germain Sée a mis en cause, et qui, membre correspondant de l'Académie, vient dire en excellents termes ce qu'avait dit M. Teissier, ce que devaient répéter avec de nouveaux développements les orateurs qui l'ont suivi : les vrais cliniciens résisteront toujours aux méthodes systématiques, obligatoires, à la façon de la méthode Brand. Mais nous devons ajouter qu'il n'a pas eu l'intention de porter « un coup mortel » aux bains froids, comme l'a cru M. Germain Sée, et qu'il n'a pas prononcé contre eux, à l'instar du savant cli-

FEUILLETON

ORIGINE DES BANQUETS DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Société de médecine de Paris, le 20 janvier dernier, célébrait son 88me anniversaire dans un banquet annuel, sous la présidence de M. DUROZIEZ, assisté de M. RELIQUET, son successeur, et de M. POLAILLON, membre de l'Académie de médecine, vice-président pour l'année 1883.

Sur l'invitation de M. Duroziez, M. ROUGON, archiviste, prend la parole en ces termes :

Il y a un an, Messieurs, à pareil jour, la coupe en main, M. Duroziez m'adressait une interpellation, me mettant en demeure de fournir, comme ministre des archives, des renseignements sur l'origine des banquets de la Société de médecine de Paris. J'ai dû ajourner ma réponse à notre plus prochaine réunion et je remercie M. Duroziez de n'avoir pas immédiatement déposé d'ordre du jour motivé.

Il faut tout d'abord reconnaître que la pensée qui a réuni nos prédécesseurs et nous réunit à ces banquets annuels, a un motif plus sérieux que la satisfaction de l'appétit ou des jouissances gastronomiques ; quoique bon dîner et bon appétit ne soient pas à dédaigner.

En prenant part à ces réunions, vos prédécesseurs ont voulu, comme vous, témoigner surtout de leur affection pour leurs collègues et resserrer les liens de la confraternité.

Dans les discussions scientifiques, il se produit quelquefois des froissements d'opinions, des blessures d'amour-propre, et, dans un contradicteur, on croit rencontrer un ennemi.

nicien de l'Hôtel-Dieu, une condamnation formelle et absolue. Loin de là, il leur trouve des indications et des contre-indications; il les considère comme un moyen énergique et précieux dans certains cas déterminés; il estime enfin qu'ils doivent être conservés, expérimentés de nouveau, et qu'il faut réserver pour plus tard des conclusions définitives.

M. Bouley n'a pas plaidé aujourd'hui la cause qu'il semble avoir prise en main. Il est venu seulement lire trois lettres lyonnaises : l'une des signataires de la déclaration, pleine de déférence pour l'Académie; une autre du professeur Joseph Renaut, qui dit avoir vu tomber devant l'observation les doutes qu'il avait sur la méthode de Brand, et avoir signé des deux mains la déclaration portée à la tribune par M. Glénard; la troisième enfin de M. Chauveau, qui, malgré le scepticisme que la thérapeutique médicale inspire généralement aux physiologistes, proclame en spectateur impartial l'incontestable supériorité du traitement par les bains froids.

M. Dujardin-Beaumetz défend de sa parole chaleureuse « l'expectation armée », cette pratique traitée de « révolutionnaire » par M. Germain Sée, et qu'il déclare éminemment « conservatrice ». *Expectation* signifie qu'il faut se garder des méthodes systématiques, obligatoires comme on vient de le dire; *armée* signifie qu'il y a des cas où il faut agir, mais agir par quels moyens? Ici l'orateur, abandonnant les bains froids, contre lesquels M. Peter s'est inscrit, prend à parti l'alcool et le sulfate de quinine, reproche à ses collègues, MM. Sée et Jaccoud, de ne pas tout savoir sur leur action physiologique, de les donner trop souvent, de retomber dans les médications uniformes et d'oublier les distinctions nécessaires.

Distinctions inutiles, réplique M. Germain Sée, puisqu'il y a, de votre aveu même, deux « maîtres symptômes » qui se retrouvent dans toutes les formes : l'hyperthermie et l'adynamie. L'alcool et le sulfate de quinine viennent toujours à propos contre ces deux ennemis toujours présents; et, puisqu'ils ne peuvent nuire à la condition d'éviter les doses trop fortes, ils sont dignes de constituer une méthode générale.

Le discours de M. Peter n'a pu être fini, à cause de l'heure avancée. Pour ne pas émietter la pensée de l'auteur, nous n'en donnerons l'impression générale qu'en parlant de la prochaine séance.

Association générale des médecins de France. — On a lu, dans notre dernier

---

A table, en bonne compagnie, il n'est mauvais estomac ou caractère difficile qui ne devienne tolérant. La bonne humeur est contagieuse; les cœurs s'épanouissent, les susceptibilités s'effacent, les froissements s'oublient, les mains se rapprochent, les sympathies s'accentuent, et l'on revient à la bonne confraternité, voire même à l'amitié.

L'année 1846 voyait s'accomplir le cinquantième anniversaire de la fondation de votre Société. Une séance solennelle et un banquet célébrèrent cet heureux événement. Les archives et le journal de votre Société ne contiennent malheureusement rien sur le banquet présidé par Devilliers père. Mais on peut juger de ce qu'il fut en parcourant les noms de ceux qui étaient alors membres à la Société de médecine de Paris. M. Richelot père, notre convive présent, comptait parmi eux.

Les renseignements deviennent ensuite plus précis. Le 22 janvier 1847, Géry, l'un des commissaires du banquet qui avait eu lieu l'année précédente, en commémoration du cinquantième anniversaire de la fondation de la Société, rappelle qu'à cette réunion extra-scientifique, il avait été décidé qu'un banquet aurait lieu tous les ans; qu'une liste ouverte séance tenante, à l'effet de recevoir les souscriptions, avaient été spontanément couverte de quarante-sept signatures et le jour désigné et fixé. Géry demande si la Société veut donner suite à la décision prise l'année dernière. Fauconneau-Dufresne fait observer, qu'attendu les circonstances calamiteuses qui pèsent sur la France, peut-être l'argent du banquet pourrait-il recevoir une destination plus utile. La question est renvoyée au conseil d'administration, et la proposition de Fauconneau-Dufresne est adoptée. Dans votre Société les sentiments de bienfaisance et d'humanité priment tout.

La proposition d'un banquet, mise de nouveau à l'ordre du jour, le 4 janvier 1850, est approuvée. Fauconneau-Dufresne, Géry, Devilliers père, sont chargés de son organisation.

numéro, le récit de la séance annuelle de la Société centrale, par M. le docteur Maximin Legrand.

Nous regrettons que le défaut d'espace nous empêche de reproduire *in extenso* les discours qui ont été prononcés. Dans la courte allocution de M. Gosselin, président, notre collaborateur a noté quelques mots que l'éminent professeur n'a pas prononcés au hasard, et qui doivent être retenus comme caractérisant le but essentiel et l'esprit de l'Association générale. A notre tour, nous y avons remarqué l'hommage rendu au regretté secrétaire général, Amédée Latour, à son talent, à son zèle dans l'organisation et la direction de cette œuvre bienfaisante.

Le même sentiment et le même souvenir nous ont vivement touchés dans le discours de notre excellent confrère, M. Piogey. Sa tâche, à un certain point de vue, était facile, puisqu'il n'avait qu'à faire l'éloge de la commission administrative et de « l'inaltérable régularité de son fonctionnement ». D'autre part, il était difficile de sortir de la banalité des compliments d'usage. En choisissant, parmi les vingt et un membres que l'Association a perdus l'année dernière, le nom d'Amédée Latour, pour « apprécier avec recueillement sa mission, son influence initiale et tutélaire », il a su donner à son rapport un intérêt nouveau en même temps qu'il accomplissait, au nom de tous ses collègues, un pieux devoir. L'UNION MÉDICALE ne peut que lui envoyer ses félicitations pour s'en être acquitté en si bons termes.

Nos confrères Ley et Gouguenheim, chargés de vérifier les comptes de M. Brun, avaient « une mission aussi facile qu'agréable ». Nous partageons leurs « sentiments de gratitude et de respect » pour l'honorable trésorier, à qui nous cédons la parole pour mettre sous les yeux de nos lecteurs la situation financière de la Société centrale.

Compte rendu financier présenté à l'Assemblée générale de la Société centrale,

Le 11 février 1883,

Par M. BRUN, trésorier de la Société.

Messieurs,

Le mouvement financier de notre Société ne s'est pas ralenti pendant le dernier Exercice ; les ressources de notre actif ont permis à votre Commission de distribuer en votre nom d'importants et nombreux secours, nous avons satisfait à toutes nos charges sociales vis-à-vis de l'Association générale, nous avons largement contribué à l'augmentation du capital de la

---

La *Revue médicale*, pour 1852, rapporte aux faits divers : « Le 29 janvier, la Société de médecine de Paris a tenu son banquet annuel, dans le grand salon de Véfour. Les notabilités de la Faculté et de toutes les Académies, à titre de membres de la Société, s'y sont rendus. M. le professeur Roux, membre de l'Institut, a très spirituellement répondu à l'allocution de M. le professeur Requin qui présidait. »

A cette réunion, Hippocrate fut proclamé membre correspondant de votre Société. — En fait de correspondant, la Société de médecine de Paris ne saurait, en effet, en avoir de plus haut. — L'année suivante, ce fut le tour de Galien, et un journaliste écrivait : « Le samedi 22 janvier 1853, la Société de médecine de Paris a célébré, dans le plus beau salon de Véfour, le 57me anniversaire de sa fondation. Il faut vraiment représenter la passion de l'humanité et de la science en ce monde pour avoir, comme elle, pris date de naissance au lendemain des jours de 1793. A ce banquet, la cordialité confraternelle et les hommes éminents se sont donnés rendez-vous; un vrai banquet de fleurs et de lumières, comme il en convient à une réunion de cœurs et d'intelligences. » — Le journaliste n'était probablement pas satisfait du menu.

Cette réunion était présidée par Camus, assisté de Dizé, de Roux, de Nacquart, de Boinet, de Géry, commissaires.

Permettez-moi de rapporter, de l'allocution de Géry, la partie qui nous intéresse :

« J'ai peu de droit, dit Géry, à vos remerciements actuels, comme ordonnateur de ce banquet. Je les accepterai cependant, si vous voulez bien me les accorder à un autre titre.

« Je me félicite d'avoir contribué à ne pas laisser tomber en désuétude ces banquets, compromis par je ne sais quelles circonstances; parce que peut-être, un jour d'élection, —

Caisse des pensions viagères, et nous avons pu encore verser à notre compte de fonds de réserve la somme de quatre mille francs.

Ainsi chaque année ajoute à la solidité de notre œuvre, et le nombre toujours croissant des sociétaires qui perpétuent leur cotisation est la preuve manifeste de leur confiance dans l'avenir. Perpétuer sa cotisation, c'est-à-dire fournir à notre Caisse un titre de rente qui lui appartienne pour toujours, c'est faire acte de libéralité envers notre Société, mais c'est aussi faire acte de foi dans sa durée.

Neuf cotisations ont été perpétuées pendant le dernier Exercice, et une cotisation de cinquante-deux francs déjà perpétuée par M. Emile Vidal a été augmentée de 18 francs de rente et portée ainsi à 70 francs.

Nous devons cette libéralité de M. Emile Vidal à la distinction dont il a été l'objet de la part de l'Académie de médecine, qui lui a attribué un prix de 500 francs dont M. Vidal a bien voulu faire profiter notre Société.

Sept Sociétaires ont perpétué leur cotisation comme suit :

MM. Basset pour	20	francs.
Jules Bergeron	20	—
Delaporte	12	—
Javal	12	—
Lunier	20	—
Rotureau	17	—
Tessereau	12	—

Les familles de deux de nos bien regrettés sociétaires, MM. Maurice Raynaud et Davaine ont bien voulu perpétuer leur cotisation, pour M. Maurice Raynaud à 25 francs, et pour M. Davaine à 20 francs.

En somme, nous avons au 31 décembre 52 cotisations perpétuées, et déjà l'année 1883 commence bien. Notre généreux Président de l'Association générale, M. Henri Roger, a perpétué sa cotisation dans la Société centrale par la remise qu'il a faite d'un titre de rente de 100 francs qu'il se propose de doubler, et M. le professeur Potain a aussi perpétué sa cotisation par un titre de rente de 50 francs.

Les cotisations perpétuées du dernier exercice n'ont pas encore produit effet pour la totalité de leur rendement, ayant été perpétuées seulement dans le courant ou à la fin de l'exercice. Mais si l'ensemble des produits n'a été que de 1,011 francs, il sera pour l'Exercice 1883, dès son début, de 1,102 francs, non compris les cotisations de MM. Potain et Roger.

Les cotisations ordinaires de 808 Sociétaires ont produit la somme de 12,429 francs. Un quart de nos Sociétaires paye une contribution supérieure à la cotisation réglementaire. Pendant le dernier Exercice 18 sociétaires ont porté leur cotisation de 12 à 20 francs.

« c'est Géry qui parle, — la Société aura porté au fauteuil un président affligé d'un mauvais « estomac.

« Quoi qu'il en soit, poursuit-il, voici l'origine de nos réunions extra-scientifiques. Il y a « bientôt sept ans, le 22 mars 1846, dans une de nos séances ordinaires, je fus frappé du « rapprochement, en lisant l'inscription gravée sur nos jetons de présence, et je demandai la « parole pour faire remarquer à la Société qu'il y avait alors 50 ans, qu'à pareil jour, elle fut « fondée par d'honorables devanciers qui, chaque jour, devenaient plus rares parmi nous.

« Je proposais de célébrer l'anniversaire demi-séculaire de la Société de médecine de Paris, « pensant qu'il ne serait pas prudent d'attendre l'anniversaire centenaire. Je finis, dit Géry, « en m'adressant à nos jeunes collègues et je leur demanderai, s'il en est parmi eux qui « puissent assister au banquet séculaire de la Société de médecine de Paris, de vouloir bien « rappeler ce fait à ceux qui la composeront alors. C'est le seul titre qui puisse porter, « jusque-là, le nom de celui dont tout le mérite est, dès aujourd'hui, d'être votre collègue et « d'être honoré de votre bienveillance. »

La succession de ces banquets n'a été dès lors interrompue qu'une seule fois : en 1871.

Le vœu de Géry s'accomplira. Douze années nous séparent à peine du centenaire de la Société de médecine de Paris. Je me représente des membres de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, de la Société médicale des hôpitaux, des représentants de la presse médicale, des praticiens distingués de la France et même de l'étranger (notre Société a réuni et réunit tous ces éléments) honorant de leur présence son anniversaire séculaire; des collègues, les jeunes d'aujourd'hui qui seront les hommes accomplis du moment, célébrant avec l'éclat qu'elles comportent les doubles noces d'or de cette Société de médecine de Paris. Société dans laquelle les jeunes, apprenant par la tradition et les exemples que le succès durable et

Les intérêts des fonds placés à notre compte de fonds de réserve à la Caisse des dépôts et consignations, qui nous bonifie un intérêt de 4 1/2 pour cent, se sont élevés à 2,203 francs 85 centimes.

Les dons que nous avons encaissés ne sont pas très nombreux; les libéralités de nos Sociétaires se portent particulièrement vers notre Caisse des Pensions viagères; toutefois, nous avons reçu les dons suivants, montant ensemble à 290 francs :

de M. Vergne..................................	100 fr.
de MM. Lefèvre et Roger	50
de M. Klein	40
de la Société médicale du IXe arrondissement	100

A laquelle somme de 290 francs, nous ajouterons 450 francs pour délégation de partie du legs Pillot : Total 740 francs.

Enfin 29 Sociétaires nouveaux ont payé le droit d'admission de 12 francs, soit en totalité, 348 francs. Toutes ces recettes ont contribué à former la somme de 16,731 francs 85 centimes.

Si nous y ajoutons un reliquat en Caisse du Trésorier, au commencement de l'Exercice, de 4,855 francs 34 centimes, nous avons un total de 21,587 francs 19 centimes dont votre commission a réglé l'emploi comme suit :

Pendant le dernier exercice, il a été distribué en secours à 49 personnes la somme de 5,080 francs.

La somme de 1,200 francs a été atribuée à 3 Sociétaires, et la somme de 2, 190 à 12 veuves de Sociétaires.

Deux ascendants et une fille de Sociétaire ont reçu 300 francs.

24 veuves de non-Sociétaires ont été secourues; elles ont reçu 1,110 francs.

Enfin sept personnes moins qualifiées, mais ayant quelque attache avec les familles médicales, ont été gratifiées d'une somme de 280 francs.

Total : 5,080 francs.

Les impressions, timbres-poste, frais de trésorerie, ont occasionné une dépense de 1,037 fr. 96 cent.

Nous avons payé 500 francs pour recouvrement des cotisations, et 132 fr. pour gratifications et frais divers.

Le loyer et les frais accessoires : contributions, assurance, chauffage, éclairage, service intérieur, ont été pour nous une charge de 842 francs.

Nous avons remboursé 850 francs à l'Association générale pour Annuaires qui ont été distribués gratuitement à tous nos sociétaires, et nous lui avons versé 1,912 fr. 38 c. pour droits d'admissions et dixième de nos revenus.

---

les honneurs arrivent à point à qui sait travailler, les jeunes, dis-je, secondés par leurs anciens, ne se reposeront pas en répétant le couplet :

Les vieulx ont régné, il souffit;
Chacun doit régner à son tour,
Car après la nuyt vient le jour.

mais loin de là, devanceront leur tour par le travail.

Messieurs, je bois : A la tolérance, à l'union, à la solidarité confraternelles, seules capables d'assurer la longévité de la Société de médecine de Paris ! Je bois aux anciens, qui par leurs travaux ont soutenu et soutiennent encore notre Société ! Je bois aux jeunes, sur qui repose son avenir !

(Des applaudissements chaleureux accueillent cette intéressante communication, et l'on vote par acclamations son impression dans l'Union Médicale.)

Formation rapide des filons de minerais. — Il résulte d'une observation récente du docteur Fleitmann, que la formation des filons de minerai est loin d'exiger autant de temps qu'on le suppose généralement. Il y a environ deux ans, il avait comblé un fossé avec de l'argile commune contenant du fer. Ayant eu occasion de creuser de nouveau le fossé, le docteur Fleitmann constata à sa grande surprise que l'argile avait entièrement changé de caractère et était devenue blanche. De plus, elle était partagée dans de nombreuses directions par des fissures d'un vingt-cinquième à un sixième de pouce de section, lesquelles étaient remplies de pyrites de fer compactes. M. Fleitmann suppose que l'oxyde de fer de l'argile, au contact de l'eau contenant du sulfate d'ammoniaque, s'était transformé en sulfate de fer.

Comme toutes les Sociétés locales des départements, la Société Centrale a fourni son contingent à la Caisse des Pensions viagères et lui a fait verser 2,000 francs.

Et votre Commission a décidé qu'une somme de 4,000 francs serait portée au compte de réserve de la Société à la Caisse des Dépôts et Consignations.

Toutes ces sommes ainsi réglées formant un total de 16,354 fr. 33 c., il est resté en Caisse de votre Trésorier pour les premiers besoins de l'Exercice courant la somme de 5,232 fr. 86 c., qui sera la première somme figurant au Crédit de compte de 1883.

. . . .

Messieurs, ...

Vous retrouverez tous ces chiffres dans le Tableau de notre Situation financière qui sera publié dans le prochain compte rendu de notre Séance de ce jour, et vous y trouverez aussi le Bilan de la Société au 1er janvier 1883, qui s'établit comme suit :

CAPITAL DISPONIBLE.

Fonds de réserve à la Caisse des Dépôts et Consignations...	53,000	»
Sommes en Caisse du Trésorier	5,232	86

CAPITAL NON DISPONIBLE (pour cotisation perpétuées).

Rente 5 p. 100........	503	1,102		
Rente 3 p. 100........	799			
		fr.	58,232	86

REVUE GÉNÉRALE

LES PARALYSIES ASSOCIÉES DU PLEXUS BRACHIAL.

En 1874, dans une communication au Congrès des naturalistes de Heidelberg, Erb attira l'attention sur une forme de paralysie du plexus brachial, qui par les caractères et la constance de ses locatisations, de prime abord confuses et inextricables, lui paraissait devoir être retenue et distinguée comme espèce bien définie, et en tant que concourant à éclairer l'histoire encore si obscure des centres moteurs médullaires, ou tout au moins des spécialisations fonctionnelles des racines rachidiennes (1).

Dans 4 observations, les muscles deltoïde, biceps, coraco-brachial, long supinateur, et accessoirement, le court supinateur, se trouvaient simultanément paralysés. Ce groupement ne pouvait être fortuit. Il n'était pas admissible qu'on fût en présence d'une paralysie d'origine périphérique par atteinte primitive des nerfs circonflexe, musculo-cutané et radial, qu'aucune connexion anatomique ou fonctionnelle ne fait concevoir, *a priori*, embrassés dans un sort commun. D'ailleurs cette manière de voir était combattue par les résultats de l'exploration faradique.

Erb était amené à concevoir le point de départ de cette paralysie en un point du plexus brachial avoisinant les scalènes, où on devait trouver l'origine des filets moteurs constamment paralysés dans ses observations. En excitant au moyen de l'électricité la cinquième et la sixième racine cervicale à leur émergence entre les deux chefs des scalènes, opération délicate, mais facile à réaliser avec précision chez certains sujets, Erb parvenait à faire contracter simultanément, et à l'exclusion de tous les autres muscles du membre, le deltoïde, le triceps, le coraco-brachial et le long supinateur. Poussant plus loin l'analyse physiologique, Erb rencontrait un point déterminé dont l'excitation amenait la contraction de tous les muscles innervés par le radial, sauf le long supinateur, expérience ouvrant des perspectives que nous ne sommes pas encore en mesure d'envisager.

Remak fils ne tarda pas à produire trois observations confirmant de tous points l'interprétation du professeur Erb (2). Sur un de ses sujets, une femme de 48 ans, atteinte d'une paralysie *à frigore* occupant le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial et les deux supinateurs, l'application d'une électrode au niveau de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale et sur le bord externe du sterno-mastoïdien, détermina, du côté sain, la contraction du long supinateur; puis, sous l'influence d'un courant plus fort, celle du biceps, du coraco-brachial et du deltoïde. Il n'obtenait rien du côté paralysé.

Remak relevait dans l'étiologie le refroidissement ou un traumatisme. Il fait remarquer l'ana-

(1) Erb. Ueber eine eigenthümliche Localisation von Lähmungen, etc. *Central Blatt f. med. Wissensch.*, 1876, p. 396

(2) E. Remak. Zur Path. der Lähmungen des Plexus brachialis. *Berl. klin. Woch.*, 1877, 9.

logie de ces faits avec certaines paralysies spinales et saturnines, de l'ordre de celles dont il a déjà relevé un exemple (1). Il conseille l'excitation galvanique des racines au cou, au niveau de la sixième vertèbre cervicale, et, directement, des muscles et des nerfs périphériques atteints : nerf axillaire, musculo-cutané, radial. L'amélioration débute par le brachial antérieur et le biceps ; puis c'est le deltoïde qui reprend ses fonctions, enfin les supinateurs.

Hœdemaker (2), en publiant deux faits nouveaux, les rapprocha de la paralysie obstétricale, où on trouve frappé d'impuissance motrice, en plus du groupe mentionné, le sous-épineux. Huit fois sur dix, Hœdemaker aurait relevé dans l'étiologie un traumatisme agissant sur le bras dans l'adduction forcée ; la clavicule soulevée et rapprochée de la colonne comprime alors la cinquième et la sixième racine cervicale. Cette petite statistique ne manque pas d'intérêt à un autre point de vue ; elle vient corroborer l'opinion qui tend à prévaloir aujourd'hui, que la plupart, sinon toutes les paralysies dites *a frigore* du membre supérieur, sont, en réalité, des paralysies par compression. Cette manière de voir avait déjà été soutenue à l'Académie de médecine par Panas, en 1871, en ce qui concerne les paralysies du nerf radial. M. Vulpian, qui l'avait d'abord combattue, s'y est récemment rallié (3), en se fondant, entre autres raisons, sur la conservation de la contractilité musculaire sous l'influence du courant continu. Au reste, cette question de doctrine réservée, l'origine *a frigore* de la paralysie de la cinquième et de la sixième racine cervicale s'expliquerait très bien, ainsi que le fait remarquer Hœdemaker, par la situation relativement superficielle de ces deux troncs. Il recommande également les courants constants, dirigés de la fosse sus-claviculaire à la fosse sus-épineuse.

Dans un article paru dans la *Revue de médecine* (4), le docteur Lannois a publié un cas, moins net peut-être que les précédents, mais qui ne permet cependant pas de méconnaître l'existence de la combinaison paralytique de Erb dans ses traits essentiels.

Du fait d'une paralysie pour laquelle l'auteur admet l'étiologie *a frigore*, un jeune soldat présentait de la parésie avec atrophie légère et diminution de l'excitabilité galvanique des muscles deltoïde, biceps, long supinateur, coraco-brachial et brachial antérieur, sans troubles de la sensibilité; sous l'influence de quelques séances d'électrisation et de badigeonnages iodés, il se produisit une amélioration notable, mais dont on ne put suivre les progrès, le malade étant sorti prématurément de l'hôpital.

Tout récemment Bernhardt a publié deux nouveaux exemples de la paralysie de Erb (5).

Dans le premier fait, en outre du deltoïde, du biceps, du coraco-brachial et du long supinateur, on notait, lésion rarement signalée chez l'adulte, la paralysie des muscles sus et sous-épineux ; et ici, nous nous rapprochons de plus en plus des lésions de la paralysie obstétricale, et la localisation admise par Erb, aussi bien que l'interprétation de Hœdemaker, reçoivent de ce fait une sanction nouvelle, car le nerf sus-scapulaire, qui anime les muscles sus et sous-épineux, provient bien de la cinquième et de la sixième racine cervicale, plus vraisemblablement de la cinquième, c'est-à-dire des troncs d'origine même incriminés. Au cours de cette paralysie périphérique progressive, on n'observa pas le phénomène de la réaction dégénérative. Dans le deuxième fait, il existait en outre une paralysie du court supinateur, qui reçoit son innervation de la branche profonde du radial.

Enfin, un dernier et décisif exemple de Vierordt semble épuiser toutes les formes de démonstration (6). Chez un des deux sujets observés par lui, c'est à la suite d'une affection des vertèbres cervicales comprimant les racines, siège, sans doute, d'un processus inflammatoire, qu'on observa la paralysie simultanée des muscles deltoïde, sus et sous-épineux, coraco-brachial, biceps, long supinateur et enfin trapèze. La lésion du trapèze, dans cet exemple, a une portée considérable : le trapèze est innervé par la branche externe du spinal, dont les racines inférieures médullaires descendent jusque vers l'origine de la cinquième paire cervicale, et par les rameaux du troisième et du quatrième nerf cervical. A ce double titre, on aurait plutôt lieu de s'étonner qu'une paralysie ne s'associe pas plus fréquemment au groupement de Erb.

D'après ces faits, on doit donc admettre l'existence de paralysies diffuses du membre supérieur, dont l'apparente irrégularité trouve sa loi dans les groupements coordonnés des filets nerveux dès leur émergence des racines rachidiennes. Erb a fait connaître l'association para-

(1) *Central Blatt f. med. W.*, 1876, p. 332.

(2) Ueber die von Erb zuerst geschrieben, etc. *Arch. f. Psych.*, 1879, IX, p. 738.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 7 mars 1882, et *Union médicale*, 1882, I, p. 392.

(4) *Revue de médecine*, 1881, p. 988. Contribution à l'étude des paralysies spontanées du plexus brachial.

(5) *Zeitschr. f. klin. med.*, IV, 3, et *Central Blatt*, 7 octobre 1882.

(6) *Neurolog. Central Blatt*, 1882, 13, et *Central Blatt*, id.

lytique embrassant le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial et le long supinateur, et l'a rattachée, avec une précision suffisante, à une lésion de la cinquième et de la sixième racine cervicale, au niveau desquelles on doit admettre dans la moelle une altération des centres moteurs correspondants. Longtemps avant lui, Duchenne (de Boulogne) signalait très explicitement des faits presque identiques. Sans parler des paralysies obstétricales qu'il a, le premier, bien étudiées (1) et qu'il a rattachées à l'impuissance motrice du deltoïde, du sous-épineux, du biceps et du brachial antérieur, son observation XXXI (2) mentionne une paralysie d'origine traumatique atteignant simultanément le deltoïde, le trapèze, les sus et sous-épineux, le grand dentelé, les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras, le long supinateur. L'observation XXXII se rapporte à un fait analogue. Dans l'observation XXIII, Duchenne se livrait à une tentative de localisation et désignait cette région même, dont la limitation plus précise constitue la véritable découverte originale de Erb.

Il convient donc de faire prendre rang à notre grand électricien, et à la place qui lui est due, dans l'histoire des paralysies associées du plexus brachial.

L'observation ultérieure devra révéler l'existence d'autres combinaisons paralytiques du bras sous la dépendance des groupements particuliers des troncs d'origine dans les racines en amont du plexus, groupements sur la constitution desquels l'ordre d'émergence des nerfs, non plus que les lois d'association fonctionnelle, ne peuvent fournir aucune présomption.

Dans un fait rapporté par Straus (3), on observait une paralysie de toutes les branches du plexus brachial, le médian excepté, portant à la fois sur la motilité et la sensibilité.

Dans celui de Lannois, (4), qui présente moins de netteté, l'auteur admet en principe la paralysie de toutes les branches du plexus brachial à l'exception du groupe de Erb, qui est atteint secondairement.

Enfin, 2 observations de J. Ross (5) se rapportent à des paralysies complexes du bras, qu'il rattache à une lésion de la huitième paire cervicale et de la première dorsale; sous la dépendance d'affections du névraxe.

Mais ces faits, trop peu nombreux et trop disparates pour autoriser la moindre tentative de synthèse, ne peuvent être signalés qu'au titre d'indications premières, jalonnant un terrain encore inconnu.

Quant aux paralysies associées du membre inférieur, que l'identité des lois anatomiques et fonctionnelles permet de concevoir et de rattacher semblablement aux lésions des racines du plexus lombo-sacré, la première ligne de ce chapitre inédit est encore à écrire.

R. LONGUET.

(1) *De l'électrisation localisée*, 1872, p. 353

(2) *Ibidem*, p. 323 et suivantes.

(3) Straus. Note sur un cas de paralysie du plexus brachial. *Gazette hebdom.*, 1880, 16, et thèse de Sarrade : *Sur certaines formes rares de paralysie du plexus brachial.* Paris, 1880.

(4) Lannois. *Loc. cit.* Revue de médecine.

(5) *Brit. med. jaurnal*, 26 mai 1881, p. 852.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 février 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts demande à l'Académie, au nom du gouvernement belge, de vouloir bien déléguer un de ses membres pour la représenter au Congrès international de médecine vétérinaire qui doit s'ouvrir à Bruxelles au mois de septembre prochain.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Bouley accepte d'être le délégué de l'Académie à ce Congrès :

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Paquet, professeur à l'École de médecine de Lille, qui sollicite le titre de membre correspondant.

2° Une note manuscrite intitulée : *Recherches expérimentales sur le premier bruit du cœur*, par le docteur Spiridion Kanellis (d'Athènes).

M. LE PRÉSIDENT annonce que madame Hillairet a fait don à l'Académie du buste de son mari. Des remerciments seront adressés à madame Hillairet.

—

M. RICHE présente, au nom de M. Husson, pharmacien à Toul, et de M. Barret, vétérinaire, un travail sur le développement d'une épidémie de fièvre typhoïde, par les eaux potables, dans un petit village de Meurthe-et-Moselle nommé Gondreville.

M. GAUTIER offre en hommage un livre qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Le cuivre et le plomb dans l'alimentation et l'industrie au point de vue de l'hygiène.*

M. Mathias DUVAL dépose, au nom de M. le docteur Topinard, une série de brochures sur divers sujets d'anthropologie.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Daga, médecin-inspecteur du service de santé militaire, une brochure intitulée : *Mémoire sur la fièvre typhoïde qui a régné à Nancy pendant les années* 1878 *et* 1879.

M. LAGNEAU présente le Rapport qu'il a fait devant le Conseil d'hygiène et de salubrité, sur les maladies épidémiques observées dans le département de la Seine durant l'année 1881.

M. BUCQUOY offre en hommage une brochure, dont il est l'auteur, sur la pleurésie dans les maladies du cœur.

M. VULPIAN présente, au nom de M. Joannès Chatin, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris, un ouvrage intitulé : *La trichine et la trichinose.*

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. VULPIAN communique des extraits d'une lettre qui lui a été adressée par M. le professeur Teissier (de Lyon), relative à l'influence du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

M. Teissier est un des médecins de Lyon qui n'ont pas signé la déclaration portée par M. Glénard à la tribune de l'Académie.

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon depuis l'année 1844, il a eu l'occasion de traiter dans son service pendant trente ans, de 1844-1874, un grand nombre de cas de fièvre typhoïde par les méthodes qui ont été successivement en vogue pendant ce laps de temps : émissions sanguines générales et locales, purgatifs, sulfate de quinine, eau froide sous forme de lavements, de lotions, de bains, etc., soit seules, soit combinées les unes avec les autres. Il peut affirmer que jamais il n'a observé ces mortalités énormes de 25 p. 100 et plus dont parlent les partisans de la méthode Brand, en la mettant au passif de ces autres méthodes. Suivant lui, les bains froids peuvent être utilisés avantageusement pour combattre les formes ataxiques et l'excès de température, mais ils ne sont pas toujours sans inconvénients ; ils peuvent produire des pleurésies, des pneumonies, des péricardites, des entérorrhagies, etc.

M. Teissier vient de recueillir le tableau des fièvres typhoïdes traitées par lui depuis cinq ans. Leur nombre est de 78, sur lesquelles 6 seulement se sont terminées par la mort ; soit une mortalité de 7,65 p. 100 ; et encore M. Teissier a-t-il soin d'écarter de cette statistique les formes abortives de la maladie, dont le nombre eût diminué notablement le chiffre de la mortalité.

Sur ces six décès, il en est 2 qui sont survenus chez des malades traités par la méthode de Brand, appliquée dans toute sa rigueur. Comme M. Teissier n'a traité encore que 10 malades par cette méthode, cela ferait une mortalité de 20 p. 100 pour le traitement par les bains froids.

—

M. BONDET, membre correspondant et professeur à la Faculté de Lyon, développe les motifs pour lesquels il a refusé de signer la déclaration des médecins des hôpitaux de Lyon, à propos du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

La méthode de Brand a été, dit-il, employée d'une façon générale dans les hôpitaux de Lyon, tandis qu'elle n'était presque pas mise en usage dans les hôpitaux militaires de la même ville.

Or, voici quels sont les chiffres officiels qui représentent la mortalité de part et d'autre.

Dans les hôpitaux civils, pendant une période de 7 ans, sur un total de 2,609, il y a eu 396 décès, soit 15,17 p. 100 ; dans les hôpitaux militaires (où les fièvres continues figurent à côté de la fièvre typhoïde de manière à accroître la mortalité relative apparente), sur 3,471 cas, il y a eu 465 décès, soit 13,39 p. 100.

Ainsi, s'il fallait attribuer une valeur quelconque aux statistiques, en matière de thérapeu-

tique, il faudrait en conclure que la méthode de Brand a augmenté la mortalité dans les services où on l'applique d'une manière systématique et obligatoire.

Dans son service, M. Bondet ne rejette pas d'une manière absolue la méthode des bains froids, mais il la réserve pour certaines indications, parmi lesquelles il faut placer en première ligne l'ataxie, l'hyperthermie constante, l'état comateux habituel, les sueurs profuses, le catarrhe bronchique généralisé. Mais, dans ce dernier cas, on peut craindre de voir le malade périr d'asphyxie.

M. Bondet se garde bien d'employer cette méthode toutes les fois que la température dépasse 38°5, comme le veulent les partisans de Brand; il évite surtout d'y recourir avant que le diagnostic puisse être posé.

Parmi les contre-indications, M. Bondet signale la tendance plus ou moins marquée à la syncope, l'état polysarcique, toute fluxion active du côté des organes de la respiration, l'abaissement trop brusque et trop prolongé de la température; la difficulté excessive ou même une répulsion instinctive pour entrer dans le bain.

Réservée pour les cas où elle est spécialement indiquée, la méthode de Brand fournit un moyen très puissant et très énergique contre certaines formes graves et certaines complications. Mais il ne faut y avoir recours qu'à bon escient.

—

M. Bouley donne lecture de quelques passages de trois lettres qu'il a reçues : la première, de tous les signataires de la déclaration de M. Glénard; la deuxième, de M. le professeur Renaut; la troisième, de M. Chauveau; ces lettres déposent toutes en faveur de l'utilité, de l'efficacité et de la supériorité de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. Rufz de Lavison dit que ce n'est pas la première fois que les bains froids sont employés comme méthode de traitement des pyrexies. En 1832, étant interne à l'hôpital des Enfants-Malades, il a vu, dans le service de Guersant, soumettre les enfants atteints de scarlatine à la médication par les bains froids, méthode alors récemment importée d'Angleterre et d'Ecosse, où elle était en grande faveur.

Malheureusement les faits ne répondirent pas aux promesses des partisans de la méthode, et plusieurs cas de mort, survenus à la suite de son application, la firent promptement abandonner.

M. Dujardin-Beaumetz demande à répondre quelques mots au discours de M. Germain Sée. M. Sée a dit que la pratique de l'expectation armée, dans le traitement de la fièvre typhoïde, était révolutionnaire au premier chef. M. Dujardin-Beaumetz pense, au contraire, qu'elle est éminemment conservatrice. Il convient, du reste, que le mot expectation est des plus mal choisis, quand il s'agit de qualifier une pratique qui consiste à surveiller l'alimentation des malades, à les entourer de soins hygiéniques, à leur faire des lotions vinaigrées plusieurs fois par jour, à désinfecter leurs garde-robes, etc. N'est-ce pas là de l'excellente thérapeutique?

M. Dujardin-Beaumetz n'a employé cette expression d'expectation armée que pour l'opposer à ces méthodes exclusives de traitement, à ces médications forcées et obligatoires, dès le début de la maladie, que certains médecins voudraient imposer quand même dans tous les cas.

C'est une hérésie de vouloir appliquer à tous le même traitement et de réduire à un niveau égalitaire la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

Les méthodes exclusives sont remplies d'inconvénients. Elles ont le grand tort de ne considérer qu'un seul côté du problème morbide : l'hyperthermie ou la septicémie, et de négliger tous les autres. Elles sont appliquées dès le début, avant même que le diagnostic de l'affection ait pu être posé avec certitude. On a vu combien cette manière de faire cause d'embarras lorsqu'on veut ensuite établir des statistiques.

Une des prétentions les moins acceptables de ces méthodes exclusives est de vouloir juguler la fièvre typhoïde; pour cela, elles posent la condition de commencer le traitement dès les premiers jours, c'est-à-dire avant que l'on sache réellement à quoi l'on a affaire. C'est contre ces méthodes exclusives que M. Dujardin-Beaumetz oppose l'expectation.

Cela ne veut pas dire qu'il ne faut rien faire; il est des cas où il faut intervenir, agir activement, prendre les armes non point dans un but révolutionnaire, mais dans un but essentiellement conservateur; c'est ce que M. Dujardin-Beaumetz a voulu exprimer par les mots d'*expectation armée*. Ces armes, d'ailleurs, sont différentes suivant les cas, elles varient suivant les formes si variables de la maladie.

M. Dujardin-Beaumetz reconnait avec M. Hardy que l'on a beaucoup exagéré l'importance de la thermométrie au point de vue du diagnostic et du pronostic; il n'en est pas moins vrai que l'observation du mouvement de la température permet de suivre et d'apprécier la marche de la maladie et d'intervenir d'une manière rationnelle pour le traitement. Cette

intervention diffère suivant les cas; les armes thérapeutiques dont se servent les médecins ne sont pas les mêmes. On a parlé surtout des bains froids, de l'alcool, du sulfate de quinine.

M. Dujardin-Beaumetz laisse à son collègue, M. Peter, le soin de traiter la question des bains froids avec l'autorité qu'il a acquise sur la matière et d'ajouter de nouveaux arguments à ceux qu'il a déjà fait valoir, dans la discussion de 1876, devant la Société médicale des hôpitaux.

Pour lui, quoique partisan des bains froids dans certains cas, il se borne à dire avec M. Bondet (de Lyon) qu'il ne faut pas être exclusif et que les bains froids peuvent, dans quelques cas où ils sont bien indiqués, donner des résultats merveilleux. Mais il ne saurait trop s'élever contre la méthode, en tant qu'elle se présente comme exclusive et obligatoire.

En ce qui concerne les applications thérapeutiques de l'alcool, M. Dujardin-Beaumetz, qui s'occupe de cette question depuis longtemps, rappelle les expériences qu'il a faites en collaboration avec M. Audigier. De ces expériences, ils ont cru pouvoir conclure que l'alcool agit dans l'économie à titre de comburant, qu'il s'y brûle, et que c'est grâce à cette combustion qu'il empêche la dénutrition de l'organisme. En cela, M. Dujardin-Beaumetz s'éloigne de l'opinion émise par M. Germain Sée, touchant le rôle de l'alcool dans l'économie.

Il ne partage pas non plus la manière de faire de M. Jaccoud, qui soumet tous ses malades à l'usage de l'alcool, à la dose de 30 à 80 grammes par jour. Il est d'avis que l'alcool ne saurait convenir à tous les malades. Il peut avoir des inconvénients et même des dangers. Il faut le réserver pour certaines formes de la fièvre typhoïde.

Quant au sulfate de quinine, M. Dujardin-Beaumetz admet, avec M. Germain Sée, que ce médicament exerce une action tonique sur le cœur, mais il faut reconnaître aussi, dit-il, que cette substance, surtout quand elle est administrée à haute dose, peut déterminer des effets fâcheux sur l'axe cérébro-spinal et particulièrement sur le cerveau.

Quand on l'administre dans la fièvre typhoïde, ce médicament abaisse la température, cela est certain; mais cette action antithermique ne serait pas corrélative, ainsi que l'a dit M. Sée, avec l'hyperthermie, et d'autant plus considérable que celle-ci serait elle-même plus prononcée.

Il y a, d'ailleurs, des cas où l'action thérapeutique ne se produit plus et se change en effets toxiques, si la dose est considérable; l'abaissement de la température, dans ces cas, est le résultat et le signe d'un véritable empoisonnement.

L'individu atteint de fièvre typhoïde grave présente à l'observateur deux tendances particulières, l'une qui ralentit l'action des médicaments, l'autre qui transforme l'action médicamenteuse en action toxique.

Il existe, dans la fièvre typhoïde, un mauvais état des voies digestives, et un non moins mauvais état du système lymphatique. Le typhoïdique absorbe difficilement; mais, quand il absorbe, il résulte des mauvaises conditions dans lesquelles se trouvent son foie et ses reins, que les fonctions d'élimination sont insuffisantes, si bien que, comme l'a fort bien démontré M. Bouchardat, un individu peut être empoisonné avec des doses faibles d'opium, par exemple. Si les médicaments ne sont pas éliminés, il se produit des phénomènes d'intoxication. Le foie et les reins, qui jouent un rôle prépondérant dans les fonctions d'élimination, sont, comme on le sait, congestionnés, altérés chez les typhiques. C'est ce qui explique qu'avec de faibles doses des médicaments, ces doses s'accumulant par suite de la non-élimination, il se produit des accidents toxiques graves.

M. Bouchardat a dit qu'il fallait du génie aux médecins pour bien traiter la fièvre typhoïde. M. Dujardin-Beaumetz n'est pas si exigeant, il se contente de leur demander du tact et de la prudence.

M. Germain Sée demande à répondre quelques mots à M. Dujardin-Beaumetz. Son collègue est venu, dit-il, plaider les circonstances atténuantes en faveur de l'expectation simple ou armée. Il a voulu opposer cette méthode aux médications exclusives, absolues préconisées dans le traitement de la fièvre typhoïde. Or, c'est précisément cette expectation qui de toutes les méthodes thérapeutiques a donné à M. Sée les plus fâcheux résultats.

L'expectation simple ne fait rien; l'expectation armée intervient, agit. Par quels moyens? Par des moyens très actifs : saignées locales et générales, vésicatoires, purgatifs, etc. L'expectation armée emploie aussi l'alcool, le sulfate de quinine, tout comme les méthodes rivales contre l'hyperthermie et l'adynamie. Mais ces états, ces maîtres symptômes de la fièvre typhoïdes existent dès le début, ainsi que l'a fort bien montré M. Jaccoud. Pourquoi attendre alors et ne pas donner, dès le début, le sulfate de quinine et l'alcool?

L'alimentation des malades atteints de fièvre typhoïde est extrêmement difficile par suite du mauvais état du tube digestif et des voies d'absorption, comme M. Dujardin-Beaumetz en a fort justement fait la remarque. Or, l'alcool est un aliment qui n'a pas besoin d'être modifié, métamorphosé; c'est un moyen d'épargne, qui empêche la dénutrition de l'organisme.

Quoi qu'on en ait dit, il ne brûle pas, il n'est pas brûlé dans le sang puisqu'on ne retrouve dans les urines aucun des produits de sa décomposition.

Une médication qui a pour effet de nourrir l'organisme ou du moins d'empêcher sa dénutrition, d'économiser les tissus, d'abaisser la température surélevée par la fièvre, de relever les forces, etc., une telle médication répond aux grandes indications du traitement de la fièvre typhoïde, la plus longue, la plus difficile, la plus délicate à traiter de toutes les affections pyrétiques. L'alcool et le sulfate de quinine combinés constituent cette médication. A doses modérées, ces médicaments sont absolument inoffensifs, sauf dans des cas exceptionnels où l'organisme, devenu réfractaire, intolérant ou trop tolérant, ne répond plus à l'action des médicaments par une réaction physiologique, celle-ci ne pouvant se faire par suite de la dépression trop profonde des fonctions organiques. Mais même dans les cas graves, où les voies d'élimination sont entravées par l'altération des organes excréteurs, le sulfate de quinine se retrouve encore dans les urines et il n'y a pas contre-indication absolue à l'emploi de ce médicament. M. Germain Sée n'en dirait pas autant de l'acide salicylique et du salicylate de soude, qui produisent des effets toxiques funestes lorsque, sous l'influence d'une affection rénale grave, ils s'accumulent dans le sang. Du reste, dans des cas semblables, quand il y a néphrite albumineuse, par exemple, il est prudent de se défier de tous les médicaments actifs, quels qu'ils soient.

En résumé, suivant M. Germain Sée, la méthode de traitement de la fièvre typhoïde par l'alcool et le sulfate de quinine, est celle que l'on peut le mieux ériger en méthode exclusive, absolue, parce qu'elle répond le mieux aux grandes indications de la maladie : l'hyperthermie et l'adynamie. *A suivre.*

COURRIER

VACCINATION DANS L'ARMÉE. — Les diverses instructions relatives à l'exécution des vaccinations et revaccinations dans l'armée ayant paru comporter certaines modifications, le ministre a arrêté, d'après l'avis du Comité consultatif de santé, les nouvelles dispositions suivantes :

Les médecins de corps de troupes, chacun dans son régiment, seront chargés, à l'avenir, du service des vaccinations et des revaccinations.

Ils seront tenus de vacciner ou de revacciner tous les jeunes soldats, dès leur arrivée au corps, ainsi que les incorporés des contingents antérieurs chez lesquels l'inoculation est restée stérile ; de renouveler l'opération chez les sujets réfractaires aussi souvent que possible pendant les quatre mois qui suivent le premier essai.

Ils pratiqueront les vaccinations ou les revaccinations en faisant avec l'aiguille ou la lancette trois piqûres à chaque bras. — A chaque piqûre ou après deux piqûres au plus, ils rechargeront l'instrument de lymphe vaccinale. — Ils créeront et ils entretiendront une source abondante de vaccin en utilisant par ordre de préférence : 1° les enfants âgés au moins de quatre mois et d'une bonne santé ; 2° les adultes sains non vaccinés ; 3° les adultes sains vaccinés ; 4° les animaux.

Ils suivront attentivement les effets des inoculations et l'évolution des pustules dans le but de distinguer plus sûrement la vraie de la fausse vaccine. — Ils ne consigneront que les résultats certains et les insuccès : les cas douteux seront compris parmi ces derniers. — Ils n'inscriront commes succès sur les registres que les cas dans lesquels la pustule d'inoculation a présenté les caractères positifs de la pustule vaccinale.

Ils adresseront au directeur du service de santé du corps d'armée, à propos de chaque cas de mort par variole, un rapport indiquant d'une façon aussi précise que possible : si la maladie a été contractée à la caserne, à l'hôpital, dans la garnison ou au dehors ; s'il a été revacciné une ou plusieurs fois avant ou depuis son incorporation ; avec ou sans succès ; avec tel ou tel vaccin ; relatant enfin toutes les circonstances propres à éclairer la question des vaccinations et des revaccinations.

Les dispositions contraires à celles qui font l'objet de la présente note sont et demeurent abrogées.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

DE L'HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE OU A FRIGORE.

(Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.)

Hémoglobinurie *a frigore* et hémoglobinuries de diverses natures. — Caractères cliniques. — Evolution de la maladie. — Accès paroxystiques ; leur marche. — Urines des hémoglobinuriques. — Étiologie et pathogénie. — Traitement.

C'est en partie à l'opportune intervention du microscope et de la chimie qu'on doit la détermination nosologique de l'*hémoglobinurie paroxystique ou a frigore*, maladie peu commune en France et dont un exemple typique se trouve actuellement au n° 8 de la salle Marjolin de l'hôpital Saint-Antoine.

Ce malade, âgé de 24 ans, est un robuste garçon jardinier, originaire et habitant des environs de Paris. N'était son teint parfois jaunâtre et subictérique, il possède les attributs d'une bonne santé, et est exempt de tout antécédent soit héréditaire, soit acquis de syphilis, d'alcoolisme ou de paludisme. Depuis huit ans, cependant, il émettait tout les cinq ou six septénaires des urines noirâtres, et, depuis le mois de novembre 1882, ces accès se sont multipliés, la région lombaire s'est endolorie et le travail manuel est devenu impossible.

Les accès débutent après l'exposition au froid par une exacerbation des douleurs lombaires. Une heure environ après la cause occasionnelle, le malade éprouve du malaise, de la gêne de la région lombo-dorsale, des baillements, des pendiculations et des frissons répétés. Les urines perdent leur transparence, deviennent rosées, et, par une gamme ascendante de coloration, prennent l'aspect du vin de Bordeaux, puis du vin de Malaga.

FEUILLETON

CAUSERIES.

A peine vous avais-je démontré que pour bien se porter et vivre vieux, il ne fallait pas s'occuper de politique, que tout aussitôt deux présidents du conseil tombaient malades, l'un d'eux en pleine séance et à la même tribune. C'est avec une satisfaction d'amour-propre, convenablement mélangée de tristesse, que j'ai constaté ces éclatantes confirmations de mes pronostics.

Aussi les Parisiens, émus sans doute à la lecture de mon avant-dernier feuilleton, et craignant pour les jours de nos représentants, se sont-ils empressés de renforcer la médecine parlementaire, en envoyant à la Chambre un confrère de plus, voire même un médecin des hôpitaux... d'épileptiques et d'idiots.

A côté de cette lutte électorale, l'histoire aura encore à enregistrer le pugilat littéraire de deux oculistes, combat homérique où l'on vit figurer l'œil d'un grand homme, le duc de Bavière, le siège de Paris, les Quinze-Vingt et le reste ; c'était comme un défilé de féerie. La mode paraît être à ces joutes, où la science est moins intéressée que les personnes ; car voici un autre allemand, M. Koch, de Berlin, qui vient *débiner* lourdement les découvertes de M. Pasteur, déclarant que le savant français se méprend dans ses expériences, tandis que lui seul, Koch, de Berlin, est en possession des vrais microbes et des meilleurs virus. Ce que tendrait à prouver d'ailleurs la virulence de sa prose.

La modestie n'est point le propre de la science allemande ; à entendre nos confrères de

Au début de la maladie, la teinte des urines était moins foncée, et alors, comme aujourd'hui, on n'observait pas l'atténuation de cette coloration suivant une gamme chromatique descendante. Néanmoins, le retour de leur limpidité normale marquait le terme de la crise.

Cette évolution symptomatique est celle de l'hémoglobinurie paroxystique ou *a frigore,* comme le prouvent à l'analyse histochimique les réactions caractéristiques de l'hémoglobine et l'absence d'hématies. Enfin l'examen du sang, pratiqué par M. Hayem, lui démontrait une fois de plus l'absence d'altérations des globules rouges (1).

Veut-on, chez ce malade, provoquer un accès, il suffit de l'exposer à une cause de refroidissement; c'est ainsi que le séjour au jardin, pendant une heure, a fait naître les manifestations de l'accès paroxystique, tel que l'a décrit M. Mesnet (2).

Cette forme d'hémoglobinurie mérite donc bien le nom d'*hémoglobinurie a frigore*, dénomination clinique plus heureuse que celle d'*hémoglobinurie périodique* ou *paroxystique*, d'*hématinurie* et encore d'*hématurie intermittente* ou *paroxysmale.* Peu importe, d'ailleurs, cette variété dans la nomenclature puisqu'au point de vue pratique tous les faits observés jusqu'à ce jour sont concordants. On doit donc conclure avec M. Mesnet que cette maladie « possède une physionomie tellement personnelle qu'il est impossible au clinicien de la méconnaître dès sa première rencontre. »

L'évolution de ses symptômes et ses caractères étiologiques lui donnent, en effet, une sorte de personnalité clinique. Au point de vue pathogénique, on l'a rapprochée parfois de l'hémoglobinurie, des néphrites (Lépine), des traumatismes (Gull), des *hémoglobinuries dyscrasiques* et *septiques*, par injections d'eau dans les veines, d'acides biliaires et de glycérine sous la peau et de celles du scorbut; des suppurations de la fièvre typhoïde; ou encore des empoisonnements aigus, par les acides pyrogallique, sulfurique et chlorhydrique, ainsi que par l'hydrogène arsénié. Soit;

(1) Ces détails ont été recueillis et communiqués obligeamment par l'interne distingué du service, M. Oettinger.

(2) Mesnet. L'hémoglobinurie dite paroxystique ou *a frigore* (*Bul. de l'Acad. de méd.*, 18 mars 1881), et *Société méd. des hôp.*, 24 décembre 1881. — Dreyfus-Brissac (*Gaz. hebdom.*, 1881, p. 247). — Pinto. Thèse inaugurale, 1881, Paris.

---

l'empire germanique, nulle part hors de chez eux on ne sait le premier mot de notre art : les médecins américains ont laissé mourir le président Garfield; les médecins français ont laissé mourir M. Gambetta; enfin, ils semblent convaincus qu'on ne peut mourir honnêtement qu'en Allemagne, et que même dans nos laboratoires, quand nous voulons tuer un lapin, nous nous y prenons tout de travers. C'est bien humiliant pour nous et aussi pour les Américains; le fait est que nous devons paraître bien timorés, bien pusillanimes à des gens qui extirpent le larynx et l'estomac comme on se ferait arracher une dent. Laissons le sieur Niemeyer faire des conférences, à l'instar de Louise Michel, sur l'incapacité des médecins de M. Gambetta, et plaignons les auditeurs du susdit si sa parole est aussi ennuyeuse qu'un certain livre de pathologie dont il est probablement l'auteur, et qui a fait le malheur de ma génération sur les bancs de l'école.

Je parlais tout à l'heure de microbes. Celui-là même vient de mourir qui avait lancé et fait accepter ce microbe, parvenu rapidement à une si grande fortune. C'est bien, si je ne me trompe, le professeur Sédillot, qui fut le parrain de ces trois syllades devant l'Académie des sciences, au moment même où la diffusion toujours croissante des théories parasitaires rendait indispensable un mot simple et facile pour désigner en bloc tout ce petit monde de spores, germes, bacillus, bactéries, proto-organismes, micrococci, schyzomycètes et autres. La composition du mot microbe était-elle irréprochable au point de vue philologique? Je n'en répondrais pas, et il se pourrait que le nouveau venu laissât à désirer du côté des racines grecques. Bien ou mal conformé, il fut bien accueilli, et l'on sait s'il est usuel aujourd'hui.

Cette création fut le dernier mot de la carrière du professeur Sédillot, mais non point le seul qui ait fait du bruit, car c'est lui aussi qui avait dit que « le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais », aphorisme autour duquel s'est développée récemment encore une vaste discussion à l'Académie de médecine. Il est vrai que pour l'administration du chloro-

mais sa physionomie est autre et ressemble à une affection chronique avec accès périodiques (1).

Parmi ses manifestations, les unes, *permanentes* et *durables*, ne possèdent qu'une modeste valeur diagnostique; les autres, *intermittentes* et *paroxystiques* sont pathognomoniques. De là des allures cliniques qui, pour *la maladie*, ne sont pas sans analogie avec l'accès de fièvre intermittente, et pour *la crise* paroxystique, avec les troubles consécutifs à la transfusion avec le sang d'un animal d'une espèce différente. (*Heterogenous transfusion* des Anglais.)

Pendant l'intervalle des accès, la *maladie* se révèle par des signes d'anémie, la coloration subictérique des téguments et de la cornée, de l'endolorissement de la région lombaire et l'absence de troubles fonctionnels viscéraux. Parfois, cependant, on a découvert de l'hypertrophie du foie (Murri) et même, chez un malade. une diminution des appétits sexuels (Neale). Ces troubles sont loin d'être constants. C'est ainsi que chez l'hémoglobinurique de la salle Marjolin, ils ont, pour la plupart, fait défaut pendant huit années et manquent encore aujourd'hui. Dans quelques cas, on a constaté de l'anorexie, de l'amaigrissement (Du Cazal) et des éruptions ortiées auxquelles Mackensie prête une certaine importance. L'évolution de la maladie peut être *lente*, comme pour notre malade et pour l'hémoglobinurique de M. Bucquoy. Elle est aussi parfois *rapide*, comme chez le militaire du service de M. Du Cazal, à l'hôpital du Val-de-Grâce (2).

Les accès paroxystiques sont constitués par les manifestations morbides *intermittentes*. Ils débutent par des phénomènes prodromiques : malaise général, céphalalgie, état demi-vertigineux, constriction épigastrique (Mesnet); nausées et même vomissements (Carteris, Mackenzie) (3); bâillements, pendiculations et exagération des douleurs lombaires. La face et les extrémités se cyanosent, une sensation de froid envahit les membres inférieurs, puis le tronc, et le malade éprouve des fris-

(1) Lépine. *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1880, p. 722. — Ernest Besnier. *Arch. de dermat. et de syph.*, 1882, p. 694. — Gull. *Guy's hospital report*, 1866. — Boyer. *Mal. des reins*, t. III, p. 370. — Lichthein. *Central Blatt*, 1878, p. 675. — Schwahm. *Practitioner*, 1880, t. II, p. 133. — Neale. *The Lancet*, 1879, t. II, p. 725. — Cobbold. *Eod. loc.*, 1881, t. II, p. 848. — Druitt. *Med. times and gaz.*, 1873, p. 408.

(2) Bucquoy. *Société med. des hôp.*, 9 décembre 1881. — Du Cazal. *Union méd.*, 28 janvier 1882. — Clément. *Lyon méd.*, 1880.

(3) M. Carteris. *The Lancet*, 30 août 1879. — S. Mackenzie. *Eod. loco*, 26 juillet 1879.

---

forme, Sédillot était toujours assisté, dans son service clinique de l'hôpital de Strasbourg, par un spécialiste familiarisé de longue date avec le maniement de l'anesthésique, M. Elser, fabricant d'instruments de chirurgie. Si ce monopole empêchait les élèves de pratiquer eux-mêmes la chloroformisation, ils avaient encore de quoi s'instruire et s'initier suffisamment, rien qu'en voyant faire l'aide attitré de Sédillot; et tous ceux qui ont eu ces leçons sous les yeux savaient comment doit se donner le chloroforme, comment se règlent les inhalations plus ou moins pures, suivant les réactions du sujet, et quelles indications capitales se tirent de l'état de la conjonctive et des paupières, toutes choses éditées comme des nouveautés par plusieurs chirurgiens éminents. Une simple compresse, roulée en cornet, était le seul appareil connu à Strasbourg pour l'anesthésie, et il est le seul qui survivra toujours aux sacs, au masques et aux autres inventions qui ne font que gêner l'opérateur et l'opéré. Quant à la pureté du chloroforme, il était préparé, et c'est tout dire, par le pharmacien en chef de l'hôpital, M. Hepp, un chimiste et un savant de premier ordre.

Sédillot était directeur de l'école du service de santé militaire, et nous éprouvions tous une juste fierté de voir à notre tête un des plus illustres de la médecine militaire et de la chirurgie française. La discipline et la police de l'école n'étaient pas sa plus ardente préoccupation; pour cela d'ailleurs, il avait des acolytes qui y tenaient la main. Ces détails d'intérieur étaient au-dessous de sa haute situation dans la science, et pour nous, ce qui lui attirait notre respect et notre soumission, c'était moins l'élévation du chef hiérarchique, que la valeur intrinsèque du professeur et du savant. Il nous paraissait mieux à sa vraie place dans les salles de clinique ou à l'amphithéâtre d'opérations, que dans les bureaux de l'école.

C'était d'ailleurs, à tout prendre, un homme et un chirurgien de race. La taille élevée, la physionomie expressive et pleine de distinction, non sans quelque ressemblance avec Lamar-

sons marqués. Ces phénomènes sont presque constants, succèdent à la cause occasionnelle et persistent pendant un temps proportionnel à la durée ou à la violence du refroidissement extérieur. Ce *stade initial* est donc caractérisé par la sensation de froid, les frissons et d'après Murri (1), par une augmentation du volume du foie plus ou moins manifeste à la percussion.

A ce moment, le pouls s'accélère de 20 à 30 pulsations, et la température s'élève à 38 et même 40 degrés. Ce *stade de réaction fébrile* est loin d'être toujours nettement marqué. Il n'a même pas été noté dans plusieurs observations.

Une sorte de défervescence survient enfin dans le *stade terminal* de l'accès. Mais pendant la durée de ces phénomènes, le malade émet une urine dont la coloration, d'après M. Mesnet, augmente depuis leur début, suivant une *gamme chromatique ascendante* et diminue parallèlement aux autres manifestations par une *gamme descendante*. L'hémoglobinurie coïnciderait donc avec l'acmé de l'accès. Mais il n'en est pas toujours ainsi : la gamme ascendante peut faire défaut (Du Cazal) ; et chez le malade de la salle Marjolin, on n'a pu constater la gamme descendante. En tout cas, que les urines soient rouge clair, couleur de vin de Bordeaux, ou de vin de Porto, leur retour à la transparence normale correspondrait, d'après certains observateurs, à la chute définitive de la température.

Ces variations de coloration de l'urine ne sont pas les seules, et Murri a montré que, dès le début, la proportion d'eau était diminuée; de là, sans doute, cette oligurie signalée par quelques médecins. Plus tard, on constate la présence de l'albumine et bientôt après celle de l'hémoglobine. Oligurie, albuminurie, hémoglobinurie, tels seraient les changements chimiques de la période ascendante de l'accès. Au déclin, et on a appuyé sur ce fait les bases d'une théorie pathogénique, ces altérations disparaîtraient en sens inverse. L'hémoglobinurie n'existerait déjà plus quand l'urine contiendrait encore de l'albumine.

L'histochimie vient en aide à la clinique, pour distinguer ces urines de celles de l'hématurie et de l'ictère hémaphéique, car il est des cas nombreux où l'examen physique du liquide laisse des doutes dans l'esprit. En effet, par la filtration, l'urine noirâtre de l'hémoglobinurie ne perd guère sa coloration (Neale). Sous le champ du

(1) Murri. *Dell' Emoglobinuria da freddo.* Bologne, 1880, et Ramlot : De la pathogénie de l'hémoglobinurie *a frigore* (*Revue mens. de méd. et de chir.*, 1880, p. 732). — Robert. *Reynolds syst.*, t. III, 1879.

---

tine, de fort belles mains, une aisance parfaite dans la démarche et dans les gestes, tout en lui révélait quelqu'un qui n'était pas le premier venu. Il avait du prestige sous l'uniforme du médecin-inspecteur comme avec la robe et la toque de professeur ; il avait grand air, en un mot, et son abord bienveillant et assuré auprès des malades était fait pour leur inspirer confiance. Son service de clinique, ses fonctions de directeur et ses travaux écrits suffisaient à prendre tout son temps, et il se tenait volontairement éloigné de la clientèle. Le printemps venu, il allait habiter sa campagne de la Robertsau, où il se retira définitivement lorsque vint l'atteindre l'âge de la retraite comme médecin militaire.

Dès le début de la guerre, et après les premières affaires qui avaient jonché le sol d'Alsace de morts et de blessés, Sédillot sortit de Strasbourg pour leur offrir son concours dans les ambulances. Je le retrouvai à l'hôpital de Haguenau, où avaient afflué tous les blessés de la contrée environnante, et où il passait la plus grande partie de ses journées, complétant ou régularisant toutes les opérations laissées en suspens par les nécessités de la guerre. Extractions de projectiles, résections, amputations, Sédillot siégeait là, trois et quatre heures de suite, les instruments à la main, et ses aides n'en pouvaient plus, que lui était encore aussi dispos qu'en commençant. Les médecins allemands, de passage à Haguenau, et sachant que Sédillot s'y trouvait, ne manquaient point de venir à l'hôpital et d'assister avec déférence à ses opérations. Le moment n'était pas encore venu où la science allemande devait montrer sa brutale supériorité sur la science française, et le profond dédain qu'ils nous témoignent aujourd'hui n'avaient pas reçu jusqu'alors toutes les consécrations de la victoire ; cela commençait seulement.

Après la guerre, la Faculté de Strasbourg germanisée, le jardin de la Robertsau ravagé pendant le siège, la nationalité de nos provinces violée par la force triomphante, Sédillot quitta

microscope, les hématies font défaut. Au moyen du spectroscope, on voit les raies classiques et avec le sulfhydrate d'ammoniaque la réaction de l'hémoglobine. Cette urine contient encore de l'albumine, des cylindres, des cristaux d'hémoglobine et d'oxalate de chaux, ainsi que des amas pigmentaires, analogues à ceux du foie, de la rate et des collections sanguines. De plus, on a constaté parfois une notable diminution de l'urée (Harley, Pavy, Robert, etc.) (1). Enfin, caractères qui ont une valeur diagnostique; d'une part, les urines de l'hématurie sont plus chargées d'hémoglobine, parce qu'elles sont riches en globules sanguins; et d'autre part, les urines des hémoglobinuriques ne donnent pas la réaction de Gmelin, ce qui les différencie des urines ictériques.

Quoi qu'il en soit, ces altérations sont transitoires. Après quelques minutes ou plusieurs heures, l'accès se termine, les urines redeviennent normales et tout rentre dans l'ordre jusqu'au prochain accès qui se produira à nouveau sous l'influence de la même cause occasionnelle.

Quelle est donc l'étiologie de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore?* Elle est encore obscure, si on veut trouver la cause *lointaine* de la maladie. Il n'en est pas de même de la cause *prochaine* de l'accès. Pour tous les malades, comme pour le nôtre, le froid, ou plutôt un refroidissement même modéré, provoquait ce dernier. Ce fait établit une distinction légitime entre l'hémoglobinurie *a frigore* et les autres hémoglobinuries. De là, aussi, sa fréquence chez les individus exposés aux intempéries (jardinier, soldat, charpentier), dans les pays froids et humides (Angleterre, Hollande), sous les climats excessifs (Indes) et durant l'hiver ; de là, encore, l'absence ou la rareté souvent remarquée des accès nocturnes et leur fréquence dans le jour, alors que le malade est exposé aux variations de température.

Si la cause de l'accès est connue, il n'en est pas de même de l'étiologie de la maladie. On a invoqué une sorte de prédisposition, héréditaire et même, a-t-on dit, un état spécial des hématies. Ni les anamnestiques, ni l'examen du sang, qui reste normal chez notre malade, ne justifient ces hypothèses. La syphilis, le paludisme, l'alcoolisme, la goutte, le rhumatisme, l'oxalurie, l'hémophilie, voire même la rougeole et la scarlatine, ont été mis en cause ! Les faits cliniques sont en désaccord avec cette prétendue constance d'antécédents héréditaires ou acquis, dont certains exemples, d'ailleurs, sont sujets à caution. Certes, l'urine hémoglobinurique

(1) Pavy. *The Lancet*, 1866, p. 34.

Strasbourg et vint se fixer à Paris. Je le vois encore, descendant la rue Gay-Lussac pour se rendre à l'Institut, où il était assidu, non moins qu'à la rue des Saints-Pères. En dehors des séances académiques, il vivait fort retiré, le monde lui étant rendu difficile par une surdité déjà ancienne et de plus en plus prononcée. Mais il avait, au plus haut degré, la faculté de saisir les paroles de son interlocuteur par le seul mouvement des lèvres, et les quelques intimes qu'il recevait en tête-à-tête se souviennent de la finesse et de la pénétration avec lesquelles il savait les comprendre. Pour se consoler des revers dont les premières horreurs l'avaient eu pour témoin, et dont il fut aussi l'une des premières victimes, il écrivit, dans sa retraite du quartier latin, un livre de philosophie patriotique, sur le *Relèvement de la France*

Bien souvent les élèves du Val-de-Grâce ont pu coudoyer, aux environs du Luxembourg, notre ancien directeur, sans se douter qu'ils passaient si près d'un de nos plus illustres devanciers. Sédillot fut un grand chirurgien, dont le nom restera, et dont les traditions chirurgicales ont eu la bonne fortune d'être recueillies et de revivre dans la pratique de quelques-uns de nos maîtres actuels, et surtout du plus éminent de ses successeurs, M. Bœckel, de Strasbourg. Plusieurs générations de médecins militaires ont débuté sous les ordres de Sédillot, et tous, j'en suis certain, ont gardé sans mélange le même souvenir d'admiration et de respect pour celui qui nous apparaissait comme une grande figure, dès nos premiers pas dans la carrière.

La mort de Sédillot laisse une place vacante dans la section de médecine et de chirurgie à l'Académie des sciences; il doit y avoir encore des physiologistes à caser.

***

En voici deux, qui ne sont pas encore candidats à l'Institut, mais qui ont découvert que le

peut être un symptôme de lésions organiques dans la néphrite brightique alcoolique (Lépine), par exemple ; dans l'hépatite syphilitique (Murri), dans la malaria (Defer, Francis, Harley) (1), mais l'existence de tels complexus pathologiques ne détruit pas l'autonomie que l'hémoglobinurie *a frigore* doit posséder dans le cadre nosologique.

Deux faits étiologiques sont cependant acquis : l'existence de la maladie à tous les âges, mais plus souvent chez les adultes, et sa rareté chez la femme. D'après la statistique de Van Rossem, les cas d'hémoglobinurie seraient dix fois moins nombreux chez la femme que chez l'homme.

En tout cas, la première conséquence thérapeutique qu'on peut tirer de ces faits, est l'utilité de combattre l'accès par la chaleur, par le séjour au lit ou dans une chambre chauffée et par l'administration de boissons chaudes et stimulantes. En vain, on a essayé l'emploi des injections de pilocarpine pendant l'accès, la sudation ne diminuait pas l'hémoglobinurie (Carteris). En vain on a fait usage de la quinine, de l'ergot de seigle, de la noix vomique, du perchlorure de fer, des sels ammoniacaux ; toutes ces substances donnaient autant de revers que de succès. D'ailleurs, pour juger de leur efficacité, il faudrait suivre le malade pendant de longues années, puisqu'une hygiène convenable, telle que le séjour à la chambre, suffit pour procurer cette apparente guérison.

Dans les cas les plus graves, on a même conseillé le changement de climat et la résidence sous des latitudes plus chaudes. Quant aux guérisons que procureraient les iodures chez des syphilitiques ou la quinine chez des paludiques, elles témoignent de l'existence de ces états morbides et d'une hémoglobinurie accompagnant leurs lésions organiques. Elles ne prouvent pas, comme on l'a dit, en faveur de l'origine spécifique et de la curabilité, par ces agents, de l'hémoglobinurie *a frigore*. D'ailleurs, la marche de cette maladie est loin d'être continue ; des rémissions surviennent parfois et sont de longue durée, et on a vu l'intervention d'une affection aiguë, telle que la pleurésie (Neale) (3), en suspendre les accès jusqu'après l'établissement de la convalescence. Enfin, dans toutes les observations, la mort n'en

(1) Defer. *Société de biologie*, 1849, p. 163. — Harley. *Med. chir. Trans.*, 1865. — Francis. *Med. times and gaz.*, 1875, p. 642, t. II. — Greenhow. *Trans. Clin. Soc.*, 1868, p. 53.

(2) Von Rossem. *Over paroxismale hæmoglobinurie*, 1837, Amsterdam.

(3) *The Lancet*, t. II, p. 725.

---

sang des poissons fourmille de microbes. Il y en a donc partout ? C'est probable, et l'on peut admettre qu'ils sont le cortège indispensable de toutes les manières d'être et de toutes les transformations de la matière organisée. Quand on n'a connu tout d'abord que deux ou trois microbes, recherchés et découverts seulement dans des circonstances spéciales, sur un terrain limité, rien de plus naturel que de leur attribuer la part la plus active dans les actes morbides ou vitaux au milieu desquels il entraient en scène comme un *Deus ex machinâ*. Mais on commence à voir qu'ils sont toujours là, ce qui pourrait leur faire perdre de leur importance.

Il en fut ainsi de bien des découvertes dans les sciences biologiques. A mesure que l'on connut mieux les innombrables causes de production de l'électricité, il y eut comme un courant qui voulut tout attribuer à l'électricité ; en physiologie, en pathologie, en thérapeutique, rien n'allait plus sans elle, jusqu'à l'action des eaux minérales. Aujourd'hui, elle a repris son rang, comme une des forces universelles, mais non plus comme le principe de toutes choses. La conception était séduisante, quand on songe qu'à chaque instant nous faisons de l'électricité sans le savoir. Que je brosse mon chapeau, que mon domestique cire mes souliers, que je me frotte le bout du nez, ce sont autant de sources d'électricité.

A un autre moment, ce fut l'ozone qui endossa toutes les responsabilités. Comment, l'ozone existe, et nous n'en savions rien ? Mais voilà le pot aux roses, la vraie cause des épidémies, des maladies, etc. Et puis l'ozone est retombé dans le domaine des découvertes sans plus de portée que beaucoup d'autres.

Il y eut aussi l'âge de l'endosmose. Quant Dutrochet eut montré tout ce qui se passe de curieux entre deux liquides séparés par une membrane, ce fut une autre révélation ; et alors, la circulation, l'absorption intestinale, les échanges organiques, tout l'équilibre de la matière vivante furent rapportés aux lois de l'endosmose et de l'exosmose, puisque partout des mem-

a jamais été la terminaison ; de sorte que le pronostic de l'hémoglobinurie *a frigore* est d'une faible gravité relative, et sa longue évolution toujours capricieuse, est là encore un motif qui ne permet pas avec M. Carré de la rapprocher de la fièvre bilieuse hématurique des pays chauds (1).

Ces circonstances contribuent assurément à obscurcir la pathogénie de ces manifestations sur la nature et le mécanisme desquelles on est loin de s'entendre. Néanmoins, les accès paraissent dus à la mise en liberté de l'hémoglobine, par une sorte de dissolution des globules rouges; mais si l'accord existe sur ce point, il n'en est pas de même relativement au siège de ce phénomène. Pour les uns, le rein serait l'organe de cette dissolution, et l'*hémoglobinurie a frigore* le résultat de ce trouble *fonctionnel rénal*. Pour les autres, ces altérations de globules se produiraient dans la *circulation générale* ou dans les *organes générateurs des hématies*, et alors l'hémoglobinurie résulterait d'une *hémoglobinhémie* (Dreyfus-Brisac, Ramlot, etc.).

Les théoriciens de l'une et l'autre opinion ne s'entendent pas ; la clinique n'a donc pas à se prononcer sur la valeur pathogénique d'hypothèses assurément ingénieuses, mais susceptibles d'objections, telles que le *coup de sang rénal*, la *névrose vaso-motrice*, l'*ischémie* et le *spasma vesculaire*, l'*oxalurie*, etc. Il est donc plus sage d'attendre les résultats de nouvelles recherches et se borner à enregistrer les faits, comme M. Dujardin-Beaumetz le faisait remarquer à ses élèves.

Cependant, même après ces réserves, certains faits d'observation semblent confirmés : telle est l'intégrité des hématies dans la grande circulation constatée à nouveau par M. Hayem sur du sang provenant du malade de la salle Marjolin. Au même point de vue, il serait utile de vérifier l'expérience de Kuessner (2) sur la coloration jaune du sérum pendant l'accès. Enfin, il ne faut pas oublier que Neale a pu suspendre l'accès par l'application d'un vésicatoire,

Toute conclusion serait donc prématurée ; mais comment ne pas comparer ces modifications rapides des qualités du sang avec les altérations de cette humeur, produites expérimentalement, et auxquelles des physiologistes éminents donnent le nom d'*augmentation* et d'*arrêt des échanges*. D'ailleurs n'existe-t-il pas aussi des

(1) Carré. *Arch. de méd.*, nov. 1881.

(2) *D. med. Wechens.*, 1879. — Voir, pour la bibliographie, la Revue de M. Rambot, *loc. cit.*, et celle de M. Dreyfus-Brissac, *loc. cit.*

---

branes et des liquides se trouvaient en présence. Est-il encore aujourd'hui un seul ouvrage de physiologie qui donne à l'endosmose un rôle aussi prépondérant ?

Aujourd'hui ce sont les microbes qui sont au pinacle. En tant que nouveau-venus, ils détiennent la faveur générale, en vertu de cette disposition de notre esprit qui fait que chaque découverte semble devoir dissiper toute notre ignorance passée. S'il est de plus en plus démontré que les microbes sont partout, comme il y a partout de l'éléctricité et de l'endosmose, qu'ils sont au fond de tout ce qui vit, de tout ce qui change, qu'ils assistent indifférents à toutes nos évolutions, que les poissons du fond de l'Océan en sont farcis sans autre dommage pour eux, alors les microbes risquent fort de quitter l'emploi de premiers sujets pour passer au simple ôle de comparses. Leur royauté serait menacée, comme tous les trônes, même inoccupés.

LUBANSKI.

PRIX MONTYON. — L'Académie des sciences vient de décerner, à l'unanimité et sans discussion, le prix Montyon (médecine et chirurgie), à M. le docteur Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées, pour ses remarquables travaux sur les fièvres des pays chauds et marécageux.

Tous les amis de notre belle colonie algérienne applaudiront à ce grand acte de justice, qui couronne si dignement la carrière de notre éminent confrère.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 10 février 1883, M. Lenoir (Ferdinand-Charles-Marie), médecin aide-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

albuminuries par excitations nerveuses? Telles sont, par exemple, les albuminuries par excitation cutanée. Enfin les hémorrhagies ne sont-elles pas relativement assez communes dans certaines névropathies? (1)

Ch. ELOY.

(1) Lancereaux, *Union méd.*, 1880, p. 726, mai. — Kemhadjian-Mihran, *De l'albuminurie consécutive aux excitations cutanées*, Paris, 1882, thèse inaug.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 février 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

M. Camille Dareste adresse une note sur la production des monstres par l'incubation tardive des œufs de poule.

Un correspondant innomé croit avoir trouvé le moyen de détruire le phylloxera en arrosant les ceps malades avec une décoction d'ail.

Un autre, également innomé, envoie d'Amérique un mémoire contenant la formule d'un remède infaillible contre la diphthérie. Les journaux politiques ont, paraît-il, annoncé que l'Académie des sciences devait décerner un prix considérable à ce sujet. Il n'en est rien; cette annonce est une pure plaisanterie; mais si l'auteur de ce « canard » pouvait provoquer la découverte d'une méthode de traitement plus efficace que celles dont on dispose actuellement, il n'en aurait pas moins rendu un signalé service à l'humanité.

M. Moser a exposé, dans la salle qui précède la salle des séances, des appareils à l'aide desquels il est parvenu à renforcer à ce point les vibrations du téléphone qu'il fait entendre dans plus de cent endroits divers la voix d'une seule personne qui parle, et qu'il a pu correspondre téléphoniquement de Paris à Nancy. La distance entre ces deux villes est de 353 kilomètres. C'est un magnifique résultat.

M. Gaudry présente le tableau schématique du développement des êtres organisés aux différentes époques géologiques.

M. Jamin a étudié l'influence de la dilatation de l'atmosphère par le fait de la radiation solaire, sur la pression à diverses altitudes. L'atmosphère, frappée par les rayons du soleil, se dilate dans des proportions considérables; il en résulte une turgescense, une sorte de vague qui fait le tour de la terre en vingt-quatre heures. Les effets de cette dilatation sont parfaitement sensibles à des altitudes relativement faibles. C'est ainsi que le baromètre offre des variations constantes, et qui n'ont pas d'autres causes que ce phénomène, selon qu'on le consulte au pied ou au sommet du pic du midi, dont la hauteur n'est cependant que de 2,366 mètres.

M. Paul Bert dépose sur le bureau une note de MM. Dastre et Morin, relative à la physiologie des nerfs vaso-dilatateurs qui agissent en paralysant les vaso-constricteurs. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet ainsi que sur la note qu'a lue M. Brown-Séquard, et dans laquelle il définit ce qu'il entend par les phénomènes d'inhibition.

M. Barral donne lecture d'un travail sur le phylloxera et sur la culture de la vigne dans les sables marins,

M. Perrin, officier de marine, rend compte des opérations faites à Buenos-Ayres et qui avaient pour objet l'observation du passage de Vénus sur le soleil.

M. A. Barthelemy adresse une note sur la respiration des plantes aquatiques ou des plantes aquatico-aériennes submergées. L'auteur s'exprime ainsi :

Dans un travail qui date déjà de plusieurs années, j'ai fait voir que les plantes aquatiques dans les conditions normales ne rejettent pas de gaz au soleil : c'est seulement dans des circonstances accidentelles qu'on peut voir se dégager des bulles gazeuses, qui n'ont aucun rapport avec l'acte respiratoire et dont le nombre ne pourrait servir de mesure à l'énergie respiratoire. J'ai poursuivi ces recherches et je suis arrivé à des résultats que je demande à l'Académie la permission de résumer :

1° *Plantes aquatiques.* — Les plantes complètement aquatiques, placées dans une cloche contenant une certaine quantité d'air, absorbent peu à peu l'oxygène et font une véritable analyse volumétrique de ce gaz.

2° *Plantes aquatico-aériennes, submergées dans l'eau chargée d'acide carbonique.* — Des Nymphéacées, végétant dans une cuve profonde, donnent des feuilles submergées qui contiennent des gaz puisés par les racines et circulant dans des canaux spéciaux. L'une de ces feuilles a été *arrosée* d'eau chargée d'acide carbonique, à l'aide d'un entonnoir immergé et

communiquant avec un réservoir d'eau gazeuse : la feuille n'a point rejeté d'oxygène; mais, au bout de plusieurs jours, elle est devenue jaune et transparente et a cessé de croître; les tissus intérieurs présentent des modifications remarquables.

3° *Feuilles aériennes, submergées dans l'eau chargée d'acide carbonique.* — Une feuille de Nymphea, dont le pétiole pénètre sous une cloche, est exposée au soleil dans l'eau chargée d'acide carbonique : elle produit un remarquable dégagement d'oxygène, d'abord mélangé d'azote, puis très pur et complétement absorbable par le phosphore.

Le dégagement, d'abord abondant, cesse au bout de deux ou trois jours; dans les circonstances les plus favorables, il peut donner jusqu'à 1 litre au bout de trois heures d'exposition au soleil. Le dégagement augmente avec la température de l'eau, jusqu'à un maximum qui ne dépasse pas 35°. Des déchirures pratiquées sur la surface épidermique arrêtent le dégagement, la solution d'acide carbonique tuant le protoplasma vert.

Si l'on réunit les pétioles de deux feuilles par un tube de caoutchouc et qu'on les plonge dans l'eau gazeuse, il n'y a plus de dégagement d'oxygène.

Je crois pouvoir conclure de mes expériences que la dissociation de l'hydrate d'acide carbonique par les plantes submergées s'arrête à une tension déterminée, dans une feuille normalement fixée à la tige, et que l'oxygène circule dans les méats et est absorbé peu à peu, tandis que le produit amylacé ou cellulosique s'organise de son côté. Le dégagement devient continu, au contraire, dans la feuille détachée et canalisée, qui agit comme une cornue munie d'un tube de dégagement.

Il me paraît évident que l'hydrate carbonique doit pénétrer par la surface cuticulaire, l'existance d'une couche d'air à la surface de la feuille ne pouvant pas être démontrée pour les Nymphéacées et des ouvertures accidentelles arrêtant le phénomène.

Je ferai remarquer, de plus, que le dégagement présente toutes les allures d'une *véritable fermentation.* Des organismes élémentaires pourvus de chlorophylle et *exodynames* reçoivent à travers la cuticule l'hydrate d'acide carbonique ou peut-être un polymère : à l'aide de la lumière, ces *éléments exodynames* dissocient l'acide carbonique hydraté en matière cellulosique et en oxygéne. Cette assimilation de la fonction chlorophyllienne à la fermentation est encore justifiée par l'étude de la respiration des organismes verts élémentaires et, en particulier, de l'*Euglena viridis.*

Les feuilles de *Nelumbium* se conduiseut tout autrement que celles des Nymphéacées. Ces feuilles retiennent une forte couche d'air condensée, grâce aux papilles cuticulaires dont leur surface est pourvue, de sorte que la dissolution carbonique n'est pas en contact avec la cuticule; aussi, aucun dégagement ne se produit par le pétiole, qui est cependant fortement canalisé ; mais de grosses bulles gazeuses s'étendent à la surface de la feuille et se dégagent, après avoir tracé un sillon argenté le long de la couche d'air.

Deux feuilles de *Nelumbium* ont été réunies par un tube de caoutchouc et placées, l'une au soleil et l'autre à l'ombre ; cette dernière n'a point laissé échapper de gaz, contrairement à la théorie de la thermo-diffusion, lorsque la pression extérieure est la même. Si l'on frotte la feuille sous l'eau avec une brosse douce, la couche d'air se dégage et l'on peut obtenir alors un dégagement d'oxygène par le pétiole.

Les Pontédériacées, dont les appareils de diffusion intérieure sont des chambres cloisonnées et dont les cloisons sont garnies de méats, ne donnent aussi qu'un faible dégagement, soit par le pétiole, soit par la surface du limbe.

Enfin, j'ai pu faire végéter, dans l'eau *distillée* et dans des appareils complètement fermés, des jacinthes, tulipes, colchiques, etc., par une méthode spéciale dans laquelle l'oignon n'est point en contact avec le liquide et n'est arrosé que de temps en temps. Dans ces conditions, la plante ne rejette pas de gaz, bien que la végétation et la floraison soient souvent très belles; la nutrition doit ici se faire par les réserves accumulées dans l'oignon, puisque les parties vertes ne reçoivent pas d'acide carbonique.

Les études dont je viens de donner un aperçu m'ont permis de conclure que les expériences que l'on donne aujourd'hui pour preuve et pour mesure de la fonction chlorophillienne ne sont que des phénomènes exceptionnels, provoqués par le mode d'expérimentation ; dans les conditions normales, la respiration spéciale des organes verts ne peut avoir l'importance cosmique qu'on lui attribue.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS par le docteur A. CHARPENTIER. Paris, J.-B. Baillère et Fils, 19, rue Hautefeuille.

Les traités d'obstétrique se multiplient. Nous donnions, il y a quelque temps, le compte rendu du premier volume de MM. Tarnier et Chantreuil. Aujourd'hui, nous avons à parler de la première partie de l'ouvrage que notre distingué confrère, le docteur Charpentier, vient de publier. Demain nous aurons à faire l'analyse d'un livre dû à la collaboration de deux savants, l'un Lyonnais, l'autre Parisien.

Tous ceux qui s'intéressent aux choses de l'obstétrique, en particulier ceux qui font de cette science une étude spéciale, doivent être reconnaissants envers le docteur Charpentier de leur faire part de ses jugements et de ses appréciations sur les différents travaux parus dans ces dernières années, et de les tenir au courant de ses connaissances sur les progrès réalisés en obstétrique, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique. Rien de plus profitable que la lecture de ce livre.

Le docteur Charpentier, connaissant les langues allemande et française, a pu lire dans les originaux, les livres et mémoires parus depuis ces vingt dernières années, et nous rendre ainsi compte des opinions émises par les différents auteurs.

Le livre est imprimé en caractères de deux sortes, l'un petit, destiné aux citations intégrales ou analytiques, l'autre, un peu plus grand, que s'est réservé l'auteur pour l'exposition des raisons qui le déterminent à adopter ou à rejeter les idées des écrivains cités. En tête de chaque article, le lecteur, curieux de détails circonstanciés, trouvera un index bibliographique pour remonter, s'il le désire, aux sources originelles et compléter les analyses auxquelles notre érudit confrère a voulu se borner.

« Un traité d'accouchements, dit en commençant le docteur Charpentier, doit comprendre l'étude de toute la phase active de la vie féminine, et l'ensemble des phénomènes qui se passent pendant ce laps de temps. La puberté mène à la nubilité, la nubilité à la grossesse, la grossesse à l'accouchement. L'accouchement, à son tour, entraîne l'allaitement et chacune de ces fonctions s'accompagne de modifications générales et locales de l'économie. Aussi, pour se rendre un compte exact de ces modifications, est-il indispensable de posséder des connaissances anatomiques complètes sur le système génital de la femme. »

L'ouvrage s'ouvre donc par un livre consacré à l'*anatomie*. Suivent la *menstruation* et la *fécondation*, puis la *grossesse*, l'*accouchement physiologique* et la *pathologie de la grossesse*.

Ce dernier livre est divisé en six chapitres : le premier relatif aux maladies indépendantes de la grossesse, le second aux affections spéciales à la grossesse. Dans le premier, l'auteur passe en revue les fièvres éruptives, les maladies des voies respiratoires, la syphilis, cette cause si fréquente, la plus fréquente de l'avortement. Le sixième et dernier chapitre est consacré à la grossesse extra-utérine, cette erreur de la nature dont le diagnostic est l'un des plus difficiles que le clinicien puisse rencontrer.

La *dystocie*, la *grossesse pathologique*, les *suites de couches pathologiques* nous sont réservées pour une deuxième partie actuellement sous presse. Nous ne doutons pas qu'on y trouve, comme dans la première, non seulement une savante compilation, mais encore des idées d'une nouveauté instructive, dignes d'être méditées.

D[r] H. STAPFER.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 2 au 8 févrièr 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,146. — Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 15. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 43. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 54. — Phthisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 70. — Bronchites aiguës, 49. — Pneumonie, 101. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 35 ; au sein et mixte, 27; inconnus, 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 112; circulatoire, 52 ; respiratoire, 98 ; digestif, 51 ; génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 2. — Morts violentes, 40. — Causes non classées, 12.

CONCLUSIONS DE LA 6e SEMAINE. — Il a été notifié cette semaine, au service de la statistique, 1,195 naissances et 1,146 décès.

Ce dernier chiffre est supérieur à la moyenne des décès des quatre dernières semaines, qui

est de 1,129. Il est sensiblement égal au chiffre des décès enregistré dans notre dernier bulletin, qui était de 1,149.

A l'égard des affections épidémiques ou contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente, fait ressortir :

Une aggravation pour la Diphthérie (43 décès au lieu de 38) et l'Erysipèle (5 au lieu de 3) ;

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (41 décès au lieu 45), la Rougeole (10 au lieu de 17), la Coqueluche (5 au lieu de 8).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux n'est pas moins rassurante. Les admissions pendant la période du 27 janvier au 4 février ont été : pour la Fièvre typhoïde, au nombre de 57 au lieu de 67 effectués pendant la période précédente; pour la Variole, 29 au lieu de 33. Mais 37 admissions de Diphthériques, au lieu de 31, ont dû être prononcées.

La répartition locale des décès dus à la Diphthérie, dont la recrudescence doit être attribuée à la presque continuelle humidité de l'atmosphère, nous montre comme plus particulièrement frappés les quartiers de la *Maison-Blanche* (13[e] arrondissement) et des *Batignolles* (17[e] arrondissement). Nous serions heureux que nos confrères qui ont leur clientèle dans ces quartiers nous signalent bien exactement, par l'envoi de *cartes de morbidité*, les cas de croup diphtérique qu'ils peuvent être appelés à traiter.

L'excès de la mortalité de cette semaine par rapport aux précédentes est dû à la bronchite aiguë et à la pneumonie. Voici, pour cette dernière affection la progression des décès pendant les trois périodes précédentes : 79, 95, 101. Ses âges d'élection sont, comme ceux de la phthisie pulmonaire (qui a causé cette semaine 206 décès), ceux de 15 à 40 ans, c'est-à-dire, hélas ! les âges de force, de fécondité et de production. Ce n'est pas la première fois que nous constatons ce fait affligeant.

Les relevés des déclarations de mises en nourrice nous manquent, cette semaine encore, pour six arrondissements. Mais des mesures viennent d'être prises par l'Administration, d'accord avec la Commission permanente de statistique, pour que l'envoi de ces documents s'effectue plus régulièrement. Les nouvelles dispositions arrêtées, devant avoir leur effet à partir du 14 courant, nos prochains Bulletins donneront à cet égard, nous l'espérons du moins, un ensemble complet.

D[r] BERTILLON,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LA TOUX UTÉRINE.

Valérianate de quinine.	1 gramme.
Extrait de réglisse	q. s. pour 20 pilules.

Une pilule au commencement de chaque repas, aux femmes prédisposées aux troubles hystériformes, qui se plaignent d'une toux sèche et fréquente, quand cette toux ne revient que la nuit, ou à des intervalles réguliers, ou encore aux mêmes heures. Si les malades ont éprouvé des attaques d'hystérie convulsive, on remplace les pilules de valérianate de quinine par les suivantes :

Valérianate de zinc.	0 g[r] 50 centigr.
Extrait de valériane	q. s. pour 20 pilules.

Une pilule à chacun des deux principaux repas. — N. G.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui suprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

—

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rolland, l'un de nos plus anciens abonnés. M. Rolland était médecin en chef honoraire des hospices de Sens, médecin en chef du Lycée et Président honoraire de l'Association des médecins de l'Yonne,

Il était dans sa soixante-treizième année, et meurt usé par la fatigue d'une profession qu'il exerçait depuis 1838.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edmond Marx (de Bordeaux).

Bienfaiteurs de l'Association générale des médecins de France. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants :

MM.	Barthez (François), legs..................	2,570	francs.
	Bonnafont	100	—
	Bourdin (de Choisy-le-Roi)	80	—
	Bucquoy	100	—
	Brun (Auguste)	100	—
	Cloquet (le baron Jules)................	1,000	—
	Gosselin (le professeur)................	200	—
	Grancher (M. et Madame)...............	1,000	—
	Hérard..................................	100	—
	Marjolin (Georges)	20	—
	Martineau et Desjardins	300	—
	Potain (le professeur)..................	4,000	—
	Ricord	500	—
	Rotureau	100	—
	Wickham (Robert)......................	25	—
	Les étudiants des Facultés de Montpellier.	621	—
	Total........	10,816	francs.

— Par décret, en date du 29 janvier 1883, MM. les docteurs Caron, Labat, Parrade, Longevial, Berguien, Lévêque, Boyé, Coudrin, Muselli et Bontems ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserves. (Emplois vacants par oragnisation.)

— Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. le professeur Brouardel a rendu compte du décès d'un ouvrier des Halles centrales par suite d'une infection analogue à celle qui succède au piqûres anatomiques. Cet homme avait à la main droite une plaie qui a été en contact avec une plaie putréfiée. Le Conseil d'hygiène a rédigé, il y a six mois, une instruction recommandant aux ouvriers qui manipulent les viandes, les peaux, etc., « de donner la plus grande attentions aux enflures, démangeaisons persistantes et œdèmes, etc., de se rendre sans retard chez un médecin qu'ils informeront de la nature de leur profession ». Cet avis affiché aux Halles centrales et dans une foule d'ateliers devrait être plus suivi.

Tout récemment, un inspecteur de la boucherie de Paris, atteint de la même intoxication, a dû son salut à une prompte et énergique médication (traitement Davaine).

Dans la même séance, le Conseil a décidé le renvoi à une commission composée de MM. Brouardel, Léon Colin, baron Larrey, Lagneau et Dujardin-Beaumetz de tous les documents recueillis pendant l'enquête sur l'épidémie typhoïde.

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour huit places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 9 avril 1883, à midi et demie. Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au Secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 5 mars au jeudi 5 avril inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1883 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1886.

Concours. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le vendredi 16 mars 1883, à midi et demi. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté de midi à trois heures, tous les jours, du jeudi 15 février au jeudi 8 mars 1883. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1883 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1887.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Lenossier (Jules-Georges), licencié ès sciences physiques, docteur en médecine, est nommé, jusqu'à la fin de l'année 1882-1883, chef des travaux pratiques du laboratoire de chimie en remplacement de M. Peter, démissionnaire.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

L'ATAXIE LOCOMOTRICE EST-ELLE D'ORIGINE SYPHILITIQUE?

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 11 novembre 1882,

Par le docteur Ch. ABADIE.

Depuis déjà quelque temps, des tentatives ont été faites de divers côtés pour rechercher l'étiologie toujours si obscure de l'ataxie locomotrice.

Au dernier congrès de Londres, Erb, Gowers ont fait des communications importantes, ayant pour objet le rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice. Plus récemment encore le professeur Fournier vient de traiter ce sujet avec tout le talent qu'on lui connait.

L'on s'étonnera peut-être de voir un ophthalmologiste intervenir dans ce débat et prendre la parole dans une question qui semble plutôt ressortir au domaine de la pathologie nerveuse.

Rien, pourtant, n'est plus légitime; en voici la raison.

Nous qui nous occupons particulièrement de maladies des yeux, nous sommes consultés très fréquemment par des malades atteints d'atrophies des nerfs optiques.

Notre impuissance contre cette lésion si grave, la pénurie des moyens que nous avons à lui opposer, contrastent tellement avec les admirables ressources thérapeutiques dont nous disposons contre les autres affections oculaires que, découragés par toutes les tentatives infructueuses de traitement, nous sommes obligés de nous rejeter sur le côté étiologique et prophylactique.

Sachant d'une façon irrécusable qu'un nerf optique dégénéré ne peut récupérer sa fonction et est irrémédiablement perdu pour la vision, nous mettons tous nos efforts à trouver les moyens préventifs de cette désorganisation.

Aussi, toutes les fois qu'un malade atteint d'atrophie des nerfs optiques se présente à mon examen, je me livre à une enquête minutieuse, fouillant dans son passé, interrogeant son état actuel, passant en revue tous ses organes, cherchant les influences diathésiques, remontant à ses ascendants, pour savoir où se trouve le point de départ de son affection.

Ces interrogatoires fréquemment renouvelés, répétés de tous côtés et faits par les plus habiles, sont encore, hélas, bien stériles, et nous n'avons aucune donnée précise sur la cause première des atrophies des nerfs optiques en général.

Nous savons toutefois, aujourd'hui, d'une façon absolument certaine, établie par l'observation clinique et par l'anatomie pathologique que, dans l'ataxie locomotrice, les nerfs optiques sont souvent frappés par le même processus que la moelle elle-même.

L'étiologie de cette variété d'atrophie est donc étroitement liée à celle de l'ataxie et nous sommes tenus, nous ophthalmologistes, d'être parfaitement au courant de tous les travaux dont le tabes dorsalis est l'objet.

Avant de discuter la question de l'origine de l'ataxie, je demande à dire ce que je pense des recherches cliniques publiées récemment sur cette maladie.

Je formulerai franchement mon opinion, alors même qu'elle ne serait pas conforme à celle de médecins de grand mérite, qui placent plus haut, j'en suis convaincu, la critique sincère et loyale que l'admiration quand même et sans réserve de leurs travaux.

Pour exprimer en un mot toute ma pensée, je trouve que la question de l'ataxie locomotrice s'embrouille au lieu de s'éclaircir.

J'estime qu'on a tort de s'écarter de cette voie lumineuse, ouverte par l'école de la Salpêtrière, où l'on ne doit s'avancer que le scalpel et le microscope à la main, où constamment l'anatomie pathologique doit venir contrôler et expliquer la clinique.

C'est cette méthode féconde qui a permis de débrouiller en partie le chaos des myélites, et de fixer la place nosologique de l'ataxie locomotrice *vraie*, de reconnaître que les douleurs fulgurantes, l'incoordination des mouvements et les troubles oculaires si bien décrits et groupés par Duchenne de Boulogne, correspondent à des lésions médullaires nettement déterminées, tellement bien déterminées qu'on les a qualifiées à juste titre de *systématiques*.

Or qu'arrive-t-il depuis quelque temps, c'est que les formes, dites frustes ou irrégulières, deviennent tellement nombreuses, que la maladie principale disparaît et qu'il n'est plus possible de s'y reconnaître. Aujourd'hui qu'un trouble de la sensibilité, de la motilité, en apparence d'origine médullaire ou bulbaire vienne à se produire, et tout aussitôt on le rattache à l'ataxie.

De là ce polymorphisme inquiétant, envahissant, qui, si l'on n'y prend garde, aura pour résultat de substituer le mot tabes dorsalis à l'ancienne expression myélite et de le rendre tout aussi vague.

Il nous semble pourtant que toutes ces formes nouvelles, découvertes chaque jour, et dans lesquelles les principaux symptômes de l'ataxie font le plus souvent défaut, devraient rester à l'état de descriptions cliniques jusqu'au jour où l'occasion favorable d'une autopsie déciderait de leur nature et de leur classement. Il n'en est rien; sans recourir à l'anatomie pathologique qui seule peut nous servir de fil conducteur dans ce dédale, on s'empresse d'étiqueter ces groupes de symptômes et de leur donner la désignation d'ataxie irrégulière.

Il est pourtant facile de montrer combien en pareille circonstance il est dangereux de faire des généralisations trop hâtives.

Prenons par exemple la sclérose en plaques. Il existe incontestablement une grande analogie, au point de vue des symptômes entre cette maladie et la *paralysis agitans*, et la tentation était grande de regarder la seconde comme une variété de la première. Ici encore l'anatomie pathologique a tranché la question, en montrant que dans la *paralysis agitans* il n'y a aucune altération appréciable des centres nerveux, tandis que la sclérose, au contraire, correspond à des lésions nettement déterminées. Les nécropsies ayant montré que ces deux maladies nerveuses, bien qu'ayant entre elles une certaine similitude, étaient en réalité différentes, on a, depuis, mieux analysé leurs symptômes, saisi les nuances qui les séparent et qui suffisent maintenant à un clinicien exercé pour les différencier l'une de l'autre sur le vivant.

Je sais bien qu'on m'objectera que dans le tabes dorsalis les lésions, tout en restant établies systématiquement dans les cordons et faisceaux radiculaires postérieurs, peuvent être échelonnées le long de l'axe médullaire, jusque et y compris le bulbe, que par suite les troubles fonctionnels doivent être en rapport avec la hauteur de l'axe spinal où siège la dégénérescence scléreuse. Cela est vrai, mais alors les douleurs fulgurantes, l'incoordination frappent le membre supérieur. Les crises gastriques si douloureuses, si caractéristiques ne peuvent-elles pas être considérées comme des douleurs fulgurantes de l'estomac?

Les symptômes cardinaux de l'ataxie n'en restent donc pas moins les douleurs fulgurantes, qu'elles frappent les membres ou les viscères et l'incoordination des mouvements.

Il me semble, par contre, que c'est créer de la confusion que de croire, en présence d'un simple trouble fonctionnel souvent passager et de minime importance, tel que l'absence de réflexe rotulien, une impuissance momentanée, un spasme de muscles du larynx, etc., à une ataxie au début. Prenons, par exemple, la forme dite vertigineuse, mais le vertige est un symptôme qui appartient plutôt à la sclérose en plaques qu'à l'ataxie; dès lors, les autres signes caractéristiques faisant défaut, comment pouvoir asseoir le diagnostic.

Je connais les belles recherches anatomo-pathologiques de Pierret, qui lui ont permis de formuler une opinion personnelle et de considérer l'ataxie comme le résultat d'un processus qui frappe tout le système sensitif, central et périphérique. Mais si nous adoptons cette manière de voir, changeons alors les désignations et n'employons plus les expressions d'ataxie locomotrice et de tabes dorsalis.

Chez un malade qui n'a, par exemple, qu'une simple plaque d'anesthésie cutanée, disons qu'à ce niveau-là les fibres sensitives sont altérées, mais ne préjugeons pas de l'état de sa moelle; d'autant plus qu'à côté des travaux de Pierret, il faut citer aussi ceux de Gombault, qui, à mes yeux, ont une importance capitale : je veux parler de la découverte de la névrite parenchymateuse.

Gombault a reconnu qu'il existait une variété de névrite caractérisée par des altérations qui frappent simplement la myéline des tubes nerveux, mais qui respectent la gaine et le cylindre-axe. Ces névrites présentent ce caractère important, c'est qu'après une période d'état il survient une période de régénération, où la myéline se reproduit et le nerf récupère ses fonctions. Ainsi s'expliqueraient ces paralysies passagères qu'on observe dans les intoxications, la diphthérie, etc., dont le mécanisme était resté très obscur et qu'on avait presque toujours considéré comme de cause centrale.

Que de troubles de la sensibilité et de la motilité, signalés comme d'origine médullaire, et qui peut-être, en réalité, relèvent de la névrite parenchymateuse.

Qu'il s'agisse de la forme *vraie* ou des formes dites irrégulières, qui semblent devenir chaque jour plus nombreuses, ce qui est certain, c'est que, jusqu'à ce jour, c'est surtout la symptomatologie du tabes qui a fait des progrès (peut-être plus apparents que réels). Quant à

l'étiologie et à la thérapeutique, elles restent encore bien en arrière, en dépit des efforts de tous.

Le malaise qu'on éprouve à rester toujours plongé dans l'inconnu, le besoin d'en sortir à tout prix expliquent peut-être la faveur avec laquelle on semble accueillir l'idée d'une influence possible de la syphilis. Examinons donc avec attention les arguments mis en avant, à l'appui de cette thèse, par des hommes d'une haute valeur scientifique.

Le plus important de tous est fourni par les statistiques. Chez presque tous les ataxiques, ou tout au moins dans une proportion énorme, on trouve une syphilis antérieure. Seulement Erb et le professeur Fournier, en observateurs consciencieux, font remarquer que souvent il s'agit de syphilis négligées ou ayant évolué sans donner naissance à des accidents secondaires. Je ne puis m'empêcher d'objecter, même à des syphiliographes éminents, que tout individu qui n'a eu qu'un chancre et jamais plus d'autres accidents, ne doit pas être compté toujours comme un syphilitique.

Je n'ignore nullement que très souvent les manifestations secondaires sont très légères, passent inaperçues. Puis, tout à coup, des lésions très graves, incontestablement de nature syphilitique, éclatent après un accident initial, regardé comme sans importance et apparu dix, quinze, vingt ans auparavant, alors que pendant ce long laps de temps tout était resté silencieux dans l'organisme. Mais ce qu'on ne peut pas davantage nier, c'est que nombre de malades disent avoir eu un chancre, qui n'ont jamais dans le reste de leur vie d'accidents syphilitiques. Outre le chancre mou, qui ne confère pas la syphilis, que d'érosions, d'ulcérations superficielles sans importance, dont la nature nous est encore inconnue et qui, par les malades, sont prises pour des chancres.

Donc, en l'absence d'accidents secondaires, plaques muqueuses, roséole, etc., qui eux sont pathognomoniques, il peut y avoir des présomptions en faveur d'une syphilis latente, mais non une certitude.

Cette simple lésion du chancre, sans autre qualification, est tellement commune, qu'au point de vue étiologique il est difficile de la faire entrer en ligne de compte.

Que de fois aussi, chez les malades atteints d'atrophie des nerfs optiques, on trouve ou bien un chancre antérieur, ou bien des accidents secondaires non douteux, et cela, quelle que soit la variété d'atrophie à laquelle on ait affaire, qu'elle soit liée à l'ataxie ou indépendante de cette affection. Faut-il en conclure que l'atrophie des nerfs optiques, cette maladie si obscure, si grave, si désespérante, si rebelle à toute espèce de traitement, est aussi sous la dépendance de la syphilis?

La syphilis est bien variée dans ses manifestations; mais, d'habitude, celles-ci sont irrégulières, disséminées, circonscrites, quand elles frappent le système nerveux. Ce que nous en connaissons bien, nous permet plus difficilement d'accepter qu'elle puisse produire des lésions systématiques. Mais ce qui m'empêche surtout de me rallier au moins complètement à cette idée que l'ataxie et ses diverses manifestations sont de nature syphilique, c'est l'influence nulle, sinon nuisible du traitement spécifique. Jamais, personnellement, je n'ai rencontré un cas d'atrophie des nerfs optiques relevant d'une ataxie soupçonnée ou confirmée, chez des malades ayant eu soit un chancre, soit des accidents secondaires avérés, qui ait été, je ne dis pas guérie, mais améliorée par le traitement anti-syphilitique. Ici, nous autres oculistes, nous sommes placés sur un terrain éminemment favorable pour l'observation. En effet, dès que la vue commence à être atteinte, les malades s'en préoccupent et s'en inquiètent et viennent de suite nous consulter. Nous pouvons donc saisir la maladie tout à fait au début. D'autre part, grâce aux échelles graduées, qui nous permettent d'apprécier les moindres changements de l'acuité visuelle et, par suite, les moindres variations du trouble fonctionnel; grâce à l'examen ophthalmoscopique, qui nous permet de suivre pas à pas les progrès de la lésion, nous sommes en état d'apprécier mieux que personne l'influence d'un traitement, pour si minime qu'elle soit. Or, je le répète, je n'ai pas connaissance qu'une atrophie ataxique, même prise tout à fait au début et traitée de la façon la plus énergique, ait été modifiée par le traitement. Je ne parle pas ici, bien entendu, que de ma pratique personnelle; je parle aussi de celle des autres.

Je ne trouve, en effet, dans la littérature ophthalmologique française et étrangère, aucun cas de guérison. Et pourtant la moindre conquête thérapeutique, faite dans un sens, eût été accueillie avec la plus grande faveur et se fut répandue avec une grande rapidité.

Ce que je puis affirmer au contraire, et c'est surtout pour cela que je me suis décidé à faire cette communication c'est que dans l'atrophie des nerfs optiques, qu'elle appartienne à la véritable ataxie locomotrice où qu'elle survienne sans autre complication chez des individus ayant eu franchement la syphilis ou tout au moins un chancre, les préparations mercurielles m'ont paru toujours plus nuisibles qu'utiles. Cette remarque s'adresse à toutes les préparations mercurielles en général y compris les frictions, et maintes fois j'ai constaté, sous l'influence de ce

traitement, un affaiblissement rapide de l'acuité visuelle et une accélération dans la marche progressive de la maladie.

J'ai eu, dans ces derniers temps, meilleur espoir en voyant les succès que donnaient les injections sous-cutanées de peptonate et de cyanure de mercure dans la syphilis maligne. Je me suis empressé de mettre à profit cette nouvelle découverte thérapeutique qui me paraît avoir une grande valeur. J'ai obtenu, en effet, des succès remarquables dans certaines formes de chorio-rétinites et de névrites spécifiques qui résistaient au traitement habituel; par contre, ce nouveau mode d'administration du mercure ne m'a donné jusqu'ici, dans les atrophies des nerfs optiques, que des résultats nuls, sinon mauvais.

Je sais bien qu'on voit assez souvent le traitement spécifique n'avoir aucune prise contre des accidents syphilitiques avérés. Mais je ferai remarquer qu'en pareil cas cet insuccès ne s'applique qu'à une certaine catégorie de malades et non à tous, et alors le plus souvent c'est dans la mauvaise constitution du sujet, dans ses habitudes vicieuses d'alcoolisme ou d'excès de toute sorte, dans les conditions d'existence misérable auxquelles il ne peut se soutraire, que se trouve la raison d'être de l'impuissance du traitement. Cet insuccès n'est que relatif et non général, tandis que je ne connais pas d'exemple de guérison ou d'amélioration d'atrophies des nerfs optiques. Ceux-là même qui veulent rattacher l'ataxie à la syphilis avouent que ce n'est qu'au début dans les formes incomplètes ou frustes que le traitement semble avoir quelque efficacité. Dès lors, rappelant ce que j'ai dit en commençant cette étude critique, je ferai remarquer combien ces observations perdent de leur valeur puisqu'elles ne s'appliquent plus à l'ataxie confirmée, mais à de simples troubles fonctionnels d'origine médullaire et dont la véritable nature reste peut-être encore à déterminer.

Sous l'influence de la syphilis, nous voyons très souvent survenir des névrites qui se localisent dans les nerfs optiques; à l'ophthalmoscope, on aperçoit alors une infiltration diffuse qui occupe la surface du nerf. Or, ces cas-là où la syphilis frappe pourtant le tissu nerveux, cèdent presque toujours aux frictions mercurielles.

Dans l'atrophie des nerfs optiques observée chez les ataxiques ou en dehors de l'ataxie, le processus est tout différent; à aucune époque de son apparition et de sa durée, il ne revêt une apparence inflammatoire. Les modifications qui surviennent lentement dans le tissu nerveux se traduisent par une simple décoloration; or, il n'est pas une seule lésion connue de la syphilis qui ne débute par des modifications dans le système lymphatico-sanguin de la région intéressée. Tantôt c'est une simple rougeur, tantôt une ulcération, ailleurs une infiltration, des exsudats qui annoncent *toujours* l'apparition des manifestations syphilitiques. *Rien de pareil ne s'observe dans l'atrophie tabétique, et, à mes yeux, c'est là un argument décisif* qui plaide en faveur de la non-spécificité du tabes dorsalis.

L'ataxie locomotrice vraie, celle dont les symptômes fondamentaux sont les douleurs fulgurantes, l'incoordination des mouvements, les atrophies des nerfs optiques et les paralysies des muscles de l'œil, me paraît devoir être maintenue dans la grande classe des affections dites scléreuses dont l'étiologie nous échappe encore.

La parylysie générale appartient, elle aussi, à la catégorie des affections scléreuses; ne diffère-t-elle pas essentiellement de la syphilis cérébrale? Celle-ci commence à être assez bien connue aujourd'hui parce qu'on a assez souvent l'occasion de l'étudier à l'amphithéâtre; qu'y observe-t-on? Diversité et variabilité des symptômes, lésions disséminées, mal déterminées; tantôt intéressant le système vasculaire seul, tantôt le tissu nerveux lui-même. Ici produisant une gomme, là des exsudats méningés ou de la pachyméningite. Se comportant très différemment suivant les sujets et le mode de traitement, guérissant complètement chez les uns, se terminant fatalement chez quelques autres, s'améliorant chez la plupart.

A nos yeux la syphilis médullaire, dont les modalités peuvent être très nombreuses, diffère autant de l'ataxie locomotrice vraie que la syphilis cérébrale diffère de la paralysie générale.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 février 1883. — Présidence de M. HARDY.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. PETER se demande en commençant s'il y a quelque chose à ajouter à ce qui a été dit déjà, et très bien dit par les orateurs qui l'ont précédé. Comme M. Sée, il ne croit pas beaucoup à l'utilité de la médication systématique de la fièvre typhoïde par les bains froids; comme

M. Jaccoud, il ne croit guère à l'invasion prochaine du parasitisme en médecine, ce qui serait une onzième plaie d'Egypte. Adversaire systématique des médications systématiques, il pense, avec M. Jaccoud, que certains médecins, en cherchant trop la médication parasiticide, se sont trop exposés à trouver la médication homicide. Comme lui, il n'a pas beaucoup de bien à dire de la méthode de Brand, car c'est dans ce sens qu'il convient, sans doute, d'interprêter le silence dédaigneux de M. Jaccoud à l'égard de cette méthode, silence plus éloquent que les plus éloquentes paroles.

L'orateur désire médire un peu de l'hyperthermie et de l'hydrothérapie systématique appliquées au traitement de la fièvre typhoïde, et, enfin, parler de la médecine des indications, cette médecine surannée et caduque, aux yeux de beaucoup de médecins.

La question, telle qu'elle a été posée par les partisans des médications systématiques, revient à dire ceci : Etant donnée une maladie multiple dans ses formes, lui trouver une médication unique. Mais qui ne voit que c'est là un problème absolument insoluble, auquel il convient de substituer le suivant : étant donnée une maladie multiple dans ses formes, trouver le meilleur mode de traitement pour chacune de ces formes.

Toute médication systématique suppose une conception étroite et par conséquent défectueuse de la maladie qu'il s'agit de traiter.

Toute médication vise la lésion ou le symptôme morbide.

Or, dans l'espèce, que faire contre la lésion des plaques de Peyer ? Que faire contre l'hyperthermie ? Que faire contre la cause infectieuse ou contre le microbe, puisque microbe il y a ? Autant de questions à résoudre, autant d'indications à remplir.

D'autre part, les malades ne le sont pas tous de la même manière : la fièvre typhoïde du financier, qui vient d'éprouver un désastre, n'est pas celle du paysan frappé sur le sillon que creuse sa charrue. La fièvre typhoïde de la femme du monde n'est pas celle de la femme du peuple; la fièvre typhoïde de l'enfant n'est pas celle du vieillard; la fièvre typhoïde de Paris n'est pas celle des pays palustres, etc., etc. Dans ces conditions diverses, la maladie revêt des formes différentes qui portent avec elles des indications thérapeutiques et, partant, des modes de traitements différents.

L'intérêt et, si l'on peut ainsi dire, l'attrait de l'étude de la fièvre typhoïde, c'est qu'il s'agit ici de la maladie la plus générale, offrant l'ensemble de tous les actes morbides possibles : congestions, inflammations, hémorrhagies, gangrènes, névroses, etc. Tous ces actes morbides divers, combinés entre eux dans des proportions variées, forment des groupes de symptômes, des syndromes différents, auxquels il est absurde de vouloir appliquer une médication absolue.

Il fant donc savoir saisir les indications que présente chacun des cas soumis à l'observation et traiter chaque malade suivant les indications particulières de la forme ou du groupe morbide que l'on a sous les yeux. Il ne faut pas oublier que l'on a affaire non à un être abstrait, appelé la fièvre typhoïpe, mais à des individus typhoïdiques.

On a fait, dans le traitement de la fièvre typhoïde, jouer un grand rôle à un symptôme de la maladie, l'hyperthermie. On a eu jadis la folie de la croix, on a aujourd'hui la folie de l'hyperthermie. L'hyperthermie est devenue un dogme établi en France depuis les expériences de Claude Bernard.

Cet illustre physiologiste place un moineau dans une étuve sèche, dont la température est élevée à 65 degrés centigrades. Au bout de peu d'instants, il voit l'oiseau s'agiter, la respiration devenir de plus en plus fréquente et anxieuse, puis l'animal tomber sur le côté et présenter une température rectale de 49° c. La température normale du moineau étant de 39°, cela fait une augmentation de 10° sur sa chaleur naturelle.

En examinant les organes après la mort de l'animal, Claude Bernard trouve les fibres musculaires du cœur à l'état de rigidité; la myéline est coagulée; il en est de même de la plupart des muscles du moineau. Qu'est-ce à dire, si ce n'est que ce moineau a été littéralement cuit à l'étuvée, comme de la chair musculaire que l'on aurait exposée dans une casserole à une semblable température.

Or, n'est-ce pas dépasser les droits de l'induction que de vouloir assimiler ce qui se passe chez le moineau, dont la température normale a été élevée artificiellement de 10 degrés, à ce qui se passe chez le fébricitant dout la température normale s'est élevée, sous l'influence d'un état pathologique, de 5 degrés au maximum ? Suivant Claude Bernard, l'hyperthermie fébrile chez l'homme produit la dégénérescence de la fibre musculaire, comme l'hyperthermie artificiellement produite chez le moineau. Cependant, il est facile d'objecter à cette théorie trop facilement déduite d'expériences de laboratoire et trop facilement admise comme explication par les médecins, il est facile d'objecter à cette théorie que, dans la fièvre typhoïde, ce sont précisément les muscles les plus superficiels, c'est-à-dire ceux dont la température est la moins élevée, qui subissent la dégénérescence dont il s'agit.

Dans la doctrine qui sert de base à la doctrine de Brand, l'excès de l'induction touche presque à la démence. Toute la théorie de l'inventeur de la méthode des bains froids repose sur une série de postulats : c'est de la chimiatrie pure. L'auteur compare la fièvre typhoïde à la fermentation de l'orge germée; le processus typhoïde n'est pas autre chose qu'une fermentation, et l'élévation de la température observée dans cette maladie est le produit de cette fermentation. D'où il suit que, pour guérir la fièvre typhoïde, il faut abaisser la température du corps par le bain froid, puisque, dans une solution d'orge qui fermente, il suffit d'abaisser la température à 16° pour arrêter le mouvement de la fermentation !

Voilà à quelles aberrations pratiques conduit la manie de la chimiatrie !

Si maintenant on examine la question de l'hyperthermie, non plus au point de vue de la physiologie expérimentale ou de la chimiatrie, mais à celui de l'observation médicale, que voyons-nous ? Nous voyons, par exemple, chez des individus atteints de lésions traumatiques du cerveau ou de la moelle épinière, la température monter rapidement, à la suite du traumatisme, à 42 degrés centigrades. On ne dira pas, sans doute, que c'est l'hyperthermie qui a produit la lésion du cerveau ou de la moelle, mais que c'est la lésion des centres nerveux qui a produit l'hyperthermie. On en conclura légitimement qu'il y a dans l'axe nerveux cérébro-spinal un centre thermique dont la lésion surélève la température. La conclusion abrégée de tout ce qui précède est qu'il existe des maladies dans lesquelles, sons l'influence probable de congestions de certaines parties de l'axe nerveux cérébro-spinal, s'observent les troubles les plus variés : délire, ataxie, adynamie, etc., avec ou sans hyperthermie, suivant la nature de la lésion subie par le centre thermique. Ce qu'il y a à traiter dans ces maladies, ce sont les désordres nerveux survenus avec ou sans hyperthermie. Il y a des indications de traiter ces phénomènes nerveux d'une certaine façon, avec ou sans hyperthermie.

Après avoir ainsi posé les termes de la question, M. Peter demande à remettre à la prochaine séance ce qu'il se propose de dire sur l'hydrothérapie et particulièrement sur les bains froids appliqués au traitement de la fièvre typhoïde.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 décembre 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

SOMMAIRE. — Correspondance. — *Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde d'Auxerre*, par M. Dionis des Carrières. Discussion : MM. Laboulbène, Dionis des Carrières. — Observation de *Bothriocéphale*, par M. Laboulbène. Discussion : MM. Féréol, Laboulbène, Damaschino, Tenneson, Dujardin-Beaumetz, du Cazal, Desnos.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Moreau (de Tours) qui demande à être admis parmi les membres honoraires.

Une note de M. Burq, intitulée : *Contribution à l'étude et au traitement de l'hystérie chez l'homme.*

Correspondance imprimée. — *Constitution médicale de Cannes*, par M. le docteur Bernard. — *Das medinische*, Paris, Jos. Schreiber, 1883. — *Lyon médical.* — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, n° 1. — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Bulletin médical du Nord.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Société médicale d'Amiens*, 1880-1881. — *Annales* d'hydrologie médicale de Paris, etc., etc.

A propos du procès-verbal, M. SEVESTRE ajoute que le dernier malade dont il a parlé n'a point de liseré saturnin, et que son hystérie n'est pas aussi clairement démontrée qu'on pourrait le désirer.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Cazalis, médecin honoraire des hôpitaux.

—

M. DIONIS DES CARRIÈRES communique, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un travail étendu sur l'épidémie de fièvre typhoïde d'Auxerre, où il pratique la médecine. (Sera publié.)

M. LABOULBÈNE demande à M. Dionis de quelle eau lui et les siens ont fait usage durant l'épidémie.

M. DIONIS : Je suis dyspeptique et je ne bois habituellement que de l'eau de Saint-Galmier ou de Pougues; pendant toute l'épidémie j'ai conseillé à tous les miens d'en faire autant.

D'ailleurs la classe aisée, à Auxerre, laquelle a été très épargnée par l'épidémie, fait un très grand usage des eaux minérales.

—

M. Laboulbène rappelle à la Société l'histoire d'un malade atteint de *Bothriocéphale*, observé dans son service à la Charité et qu'il a communiquée il y a déjà plusieurs années.

Or, ces jours derniers, un nouveau malade s'est présenté à la consultation muni d'un fragment de ver rendu la veille. Ce fragment était renfermé non dans un flacon mais dans une feuille de papier. Avant d'avoir ouvert le papier et regardant par transparence, notre collègue pensa qu'il avait affaire à un *Tenia solium* ou armé, dont les cucurbitins sont rendus réunis, et non pas un à un comme pour le Ténia inerme. Mais en dépliant le papier, les fragments larges, les pores génitaux médians, firent voir qu'il s'agissait du *Bothriocéphale*.

M. Laboulbène reçut de suite ce malade à la Charité et, dès le lendemain, il examina les matières alvines. Il avait prévenu les élèves, ainsi que les personnes suivant la visite du matin, que le *Bothriocéphale* pondant ses œufs dans l'intestin, ces œufs seraient facilement trouvés dans les fèces à l'aide du microscope.

En effet, une parcelle de matière fécale montra de suite un grand nombre de ces œufs. M. Laboulbène, ayant appris du regretté Davaine qu'un fragment de matière de la grosseur d'un grain de blé renferme toujours des œufs du *Bothriocéphale* existant dans l'intestin, a voulu connaître quelle quantité *minimum* en renfermerait encore. Il s'est assuré, à plusieurs reprises, que le peu de matière enlevée, en râclant avec la pointe d'un bistouri ou avec l'extrémité d'une épingle ordinaire, offrait 6 à 8, ou au moins 3 ou 4 œufs. La quantité d'œufs pondus par les anneaux mûrs du *Bothriocéphale* et rendus par les excréments des malades est, en vérité, prodigieuse ; elle suffirait à en donner à la population d'une ville entière, si tous ces germes se développaient.

Les œufs sont tous elliptiques, très réguliers sur leur contour, à coque mince et pourvus d'un opercule.

Pour arriver à préciser le développement de ces œufs, développement encore contesté, M. Laboulbène a fait appel à MM. Balbiani et Lacaze-Duthiers. Le premier de ces éminents observateurs n'avait pas réussi, il y a quelques années, à élever les œufs que lui avait remis notre collègue; il les placera cette fois dans les conditions les plus favorables, pour savoir si l'embryon cilié, qui s'en échappe par l'éclosion, va dans un hôte transitoire ou bien s'il se développe directement dans l'intestin d'un hôte définitif.

M. Féréol demande à ses collègues, et à M. Laboulbène en particulier, s'ils sont toujours aussi satisfaits de la pelletiérine de Tanret, et s'ils continuent à l'employer pour obtenir l'expulsion du tænia. Quant à lui, il est depuis quelque temps frappé de certain insuccès dans l'administration de ce médicament.

M. Laboulbène : En ce qui me concerne, la pelletiérine de Tanret me donne toujours les mêmes succès, et je continue à l'employer; mais il se pourrait que les doses dont on se sert aujourd'hui soient un peu inférieures à celles qu'il faudrait employer. Je ne crains pas de donner 40 centigrammes, au lieu de 30 seulement, de sels de pelletiérine; l'important est que les malades éprouvent des vertiges, des troubles nerveux, indiquant l'action anthelmintique. Le ver, ne pouvant plus se fixer par ses ventouses, est alors plus facilement expulsé, comme un corps étranger, à l'aide d'un purgatif.

M. Féréol : La pelletiérine de Tanret me donne des insuccès assez nombreux, je le répète, depuis quelque temps, bien que j'obtienne avec elle, chez les malades qui en prennent, les phénomènes vertigineux : ils rendent une grande partie du ver, mais la tête reste. Un pharmacien que je connais a échoué sur lui-même avec la pelletiérine et a réussi en prenant simplement de la pepsine amylacée; il a rendu son ver complètement réduit en bouillie; j'ajoute que la tête du ver, dans ce magma, était méconnaissable.

M. Damaschino : Ayant eu, en 1879, à soigner un jeune Roumain atteint de Bothriocéphale, j'ai essayé de faire de la culture des œufs de ce tænia, mais je n'ai pas réussi : il serait à désirer que cette culture soit reprise avec les œufs du malade de M. Laboulbène.

M. Tenneson : La pelletiérine de Tanret est un remède excellent, si elle est administrée avec certaines précautions. Si elle échoue, c'est que le purgatif est donné trop tard; pour ma part, je le donne une demi-heure avant le tænifuge et son action s'exerce au moment où le ver est intoxiqué par la pelletiérine. De la sorte, le tænia est toujours et complètement rendu.

M. Laboulbène : C'est là exactement ma pratique, quand je n'ai pas réussi autrement. Il y a longtemps que j'ai indiqué ce moyen.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ : C'est ce que M. Bérenger-Féraud a fait le premier et depuis longtemps déja. Pour moi, je prescris la pelletiérine à la dose, non de 20 ou de 30 centigrammes, mais de 40 centigrammes; et, une demi-heure après, je fais prendre 30 grammes d'eau-de-vie allemande. Ce procédé me donne des résultats tout à fait satisfaisants et je m'y tiens. On a malheureusement une tendance à abaisser les doses de pelletiérine, pour éviter les accidents vertigineux : ces accidents sont surtout marqués chez les femmes nerveuses. J'ajouterai que, dernièrement, à Saint-Antoine, sur dix cas, j'ai obtenu neuf succès avec une seule dose de pelletiérine. M. Mesnet obtient les mêmes résultats de la même façon; l'un de ses derniers malades a même rendu, après l'administration d'une seule dose de pelletiérine, trois tænias avec leurs têtes.

M. TENNESON : Je préfère l'huile de ricin à l'eau-de-vie allemande, à cause de son action plus rapide.

M. DU CAZAL : Depuis que nous avons pu obtenir, pour nos hôpitaux militaires, la pelletiérine de Tanret, nous n'avons que des succès. Or, nous administrons ordinairement l'eau-de-vie allemande une demi-heure après la pelletiérine.

M. DESNOS : En dehors des vertiges et des vomissements causés par la pelletiérine, je demanderai à mes collègues ce qu'ils savent de la paraplégie, comme accident se rattachant à ce médicament.

M. LABOULBÈNE : La parésie des membres inférieurs, que j'ai observée, n'a jamais duré longtemps, un jour au plus.

En fait de tænifuge, le meilleur, l'anthelminthique idéal, serait le Kousso, qui est tænifuge et purgatif à la fois. Mais son action est incertaine et dépend de la date plus ou moins ancienne de sa récolte et de son mode de conservation.

J'ai, à cet égard, des données positives qui m'ont été fournies par Hirtz, l'ancien professeur de Strasbourg. Hirtz avait reçu de Schimper, le célèbre botaniste, un petit baril de Kousso récolté par Schimper lui-même en Abyssinie; les fleurs du *Brayera anthelminthica* avaient été successivement placées les unes sur les autres.

Or, le premier tiers du Kousso avait eu l'action anthelminthique la plus marquée. Autant de personnes, ayant pris le breuvage que l'on sait, avaient rendu les tænias avec la tête. Le deuxième tiers du baril n'agit plus que faiblement : la tête restait souvent dans l'intestin; enfin le dernier tiers n'avait plus qu'une action très affaiblie. Il s'agissait pourtant là d'un produit médicamenteux identique, pris aux mêmes sources.

J'ai demandé aux chimistes, ajoute M. Laboulbène, la raison de cette action si différente. M. Berthelot m'a dit qu'il y a probablement dans le Kousso, comme agent anthelminthique, un glucoside qui se transforme et perd ses propriétés premières. D'où il ne faut pas accuser les falsifications d'un Kousso naturel, mais ne pas l'employer quand il a vieilli.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DUGUET.

Addition à la séance du 24 novembre 1882. — Présidence de M. MILLARD.

M. LABOULBÈNE présente à la Société un corps remarquable d'apparence tout à fait helminthoïde, trouvé dans les selles d'un malade et qui lui a été remis pour être déterminé.

Les renseignements fournis sont les suivants : Un homme de 75 ans, un de nos archéologues les plus distingués, n'ayant jamais été sérieusement malade, en possession de toutes son intelligence, a rendu ce corps étranger par l'anus sans être incommodé auparavant.

Le médecin appelé a placé le corps vermiforme dans l'eau, « puis il a remarqué avec surprise que la surface adhérait, se cramponnait ou s'attachait facilement, au corps qu'on lui présentait (une allumette ou un cure-dents), comme s'il était muni de piquants ou de ventouses à l'extérieur. »

M. Laboulbène figure ce corps nématoïde sur le tableau. La longueur est de 6 centimètres environ, la largeur de presque un centimètre. La forme n'est pas régulièrement arrondie, mais un peu inégale; la surface est d'un blanc légèrement nacré et miroitant, rappelant l'éclat aponévrotique. Cette surface striée, ou très légèrement sillonnée en long, s'attache aux corps un peu rudes, tels qu'un morceau de bois ou de papier grossier.

M. Laboulbène insiste sur l'aspect offert par ce corps avec un fragment de gros ver nématoïde, tronqué en avant et en arrière, ayant la surface striée en long et légèrement rugueux.

L'examen microscopique lui a montré des fibres de tissu lamineux ou conjonctif, fasciculées, sans cuticule extérieure, comparable à celle des helminthes. M. Laboulbène a reconnu qu'il

s'agissait en réalité d'un fragment de tendon avalé avec les aliments, et rendu sans avoir été digéré.

M. Charles Robin, auquel M. Laboulbène a envoyé ce pseudo-helminthe, en le priant de l'examiner et sans lui faire connaître son opinion, l'a déterminé d'une façon identique « fragment de tendon, d'apparence vermiforme, offrant les caractères histologiques du tissu tendineux normal. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 novembre 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend le *Progrès médical*, le *Journal de médecine de Paris*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*; le *Journal des sages-femmes*.

Le tome II, n° 8 de la *Revue des travaux scientifiques* (année 1881), publiée par le Ministre de l'instruction publique.

Le *Bulletin de la société académique de Brest*, 2me série, t. VII, 1881-1882.

Une brochure intitulée : *des épaississements de la membrane du tympan*, par le docteur P. Hermet.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Dechaux (de Montluçon) qui remercie chaleureusement la Société de l'avoir honoré du titre de membre correspondant.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Blondeau annonce la perte douloureuse de M. Mathelin qui a succombé presque subitement à une affection cérébrale; il rappelle en quelques mots émus la courte et studieuse carrière de ce regretté collègue, admis tout récemment membre titulaire.

M. le secrétaire général est chargé d'exprimer, dans une lettre spéciale, adressée à la jeune veuve, les plus sympathiques condoléances de la Société de médecine de Paris.

—

M. Abadie lit un travail intitulée : *L'ataxie locomotrice est-elle d'origine syphilitique ?* (Voir plus haut.)

DISCUSSION

M. Dubuc cite le cas d'un malade chez lequel le tabes dorsalis lui a paru manifestement reconnaître la syphilis pour origine. Ce malade, chez lequel il a eu l'occasion de suivre toute l'évolution syphilitique, y compris l'accident initial, après avoir passé par la série des accidents secondaires, avait présenté des accidents tertiaires tels que gommes abcédées du voile du palais, fut pris, douze ans environ après le début de la syphilis, des accidents caractéristiques du tabes dorsalis : myosis, douleurs fulgurantes, douleurs thoraciques en ceinture avec sentiment de constriction, crises gastriques très prononcées, troubles vésicaux, etc. A diverses reprises, un traitement spécifique énergique (frictions mercurielles, iodure de potassium) parut enrayer les accidents et amener un semblant de guérison ; mais toujours il y eut rechute et finalement le malade succomba d'une manière brusque, en se plaignant de vives douleurs dans la tête, cinq ans après le début du tabes. Du reste, comme l'observation présente de l'intérêt, M. Dubuc se propose de la rédiger et de la lire dans la prochaine séance de la Société. Il partage complètement, quant à lui, l'opinion du professeur A. Fournier, sur l'origine syphilitique fréquente du tabes, surtout après avoir lu l'ouvrage sur ce sujet de cet éminent clinicien.

M. Abadie : On peut faire une objection à l'observation présentée par M. Dubuc. Ce malade n'a pas guéri — il y a eu des rémissions — or il y a aussi des rémissions dans l'ataxie locomotrice. Une excellente preuve eût été si le malade avait guéri radicalement.

M. Dubuc : Chaque fois que les rémissions ont eu lieu, les accidents ont cessé immédiatement.

M. Abadie : Cela se présente aussi chez les ataxiques.

M. Charpentier : Je citerai, à ce sujet, l'observation suivante, qui est le cas d'une ataxie locomotrice, développée consécutivement à des accidents syphilitiques et ayant résisté à tout traitement anti-vénérien.

J'ai revu, ces jours-ci, un malade que j'ai soigné pendant longtemps, il y a huit ans, et dont l'observation me paraît rentrer dans le sujet actuellement en discussion.

Il s'agit d'un malade qui, il y a neuf ans, contracta un chancre induré, traité pendant deux mois, et suivi, six mois après, de syphilide papuleuse disséminée. Il consulta successivement

Ricord, Simonet qui confirmèrent le diagnostic, et instituèrent un traitement sérieux que le malade suivit rigoureusement.

La syphilide papuleuse existait encore quand je vis le malade, c'est-à-dire près d'un an après le début du chancre. Le malade, à ce momont, remplissait par jour un pot, de la contenance de plus d'un litre; il était atteint de salivation nullement mercurielle, comme je le crus tout d'abord, car elle résista à la suppression de toute médication mercurielle : elle s'est d'ailleurs reproduite à des intervalles de six mois, un ou deux ans, et je l'ai considérée comme un symptôme du début de la maladie qui se développait. Trois semaines après la disparition de la sialorrhée, qui dura un mois, le malade fut pris de vertige, faiblesse dans les reins et dans les jambes, incoordination motrice dans les membres inférieurs et douleurs fulgurantes.

Ces symptômes se sont développés graduellement sous mes yeux : le malade a consulté M. Moissenet et j'ai eu, à son sujet, une consultation avec M. Hérard. Des troubles vésicaux, rétention d'urine; des troubles gastriques, qu'en raison de la saison, je pris d'abord pour une crise cholériforme, ont alterné avec la sialorrhée, dont la durée a été de trois semaines, un mois. Chauqe fois il a éprouvé des troubles de la vue, sur la nature desquels je ne peux fournir de renseignements. Actuellement il est dans l'état suivant : promené dans une petite voiture qne l'on roule, il offre une paraplégie presque complète des membres inférieurs, qui sont très fréquemment encore le siège de contractures spasmodiques passagères très douloureuses.

En résumé, ce malade qui n'est pas un héréditaire et n'avait jamais été malade, chez qui je n'ai trouvé aucune des causes ordinaires banales de l'ataxie, en dehors d'une haute stature, fut pris un an après des accidents syphilitiques nettement constatés et régulièrement traités des symptômes typiques de l'ataxie locomotrice, laquelle a résisté à tout traitement antisyphilitique varié et prolongé.

M. L.-G. Richelot fils : La question soulevée par M. Abadie est fort obscure, et, pour mon compte, j'incline à ne pas admettre sans un supplément d'informations l'origine syphilitique de l'ataxie. Mais je ne crois pas qu'on puisse invoquer d'une manière absolue, en faveur de cette opinion négative, ou tout au moins expectante, l'insuccès ordinaire de la thérapeutique. A supposer que l'ataxie locomotrice soit au nombre des accidents tardifs de la vérole, elle n'est pas seule, parmi eux, à résister au traitement spécifique. Le rétrécissement rectal, dont l'origine syphilitique est admise par tout le monde, résiste, comme on le sait, aux mercuriaux et à l'iodure de potassium. Nous ne devons donc pas nous appuyer sans réserve, pour nier la nature spécifique du tabes, sur l'impuissance des antisyphilitiques.

M. Abadie répond qu'il n'est pas étonnant que, dans le rétrécissement rectal, le traitement ne produise pas d'effet, car il ne s'agit plus alors de traiter des accidents ne laissant aucune trace dans les tissus, mais du tissu fibreux produit par l'ancienneté de la maladie. Ce n'est qu'à une période très éloignée des accidents syphilitiques que se forme le rétrécissement rectal; les malades viennent consulter très tardivement et le chirurgien est en présence d'un tissu spécial, contre lequel les médicaments antisyphilitiques n'ont plus de valeur, et qui ne sont plus justiciables que du bistouri. M. Abadie croit se rappeler que dans les syphilomes du rectum au début, M. Verneuil a obtenu de bons résultats par la médication spécifique. Il n'en est plus de même chez les malades atteints d'affection oculaire : dans ces cas, la maladie peut encore être presque au début, et cependant le traitement antisyphilitique n'a donné aucun résultat. Ces manifestations syphilitiques, traitées dès leur début, ne devraient pas laisser de trace.

M. L.-G. Richelot fils : Le professeur Fournier, dans ses leçons cliniques, cite un petit nombre de faits, où les agents spécifiques ont paru avoir quelque influence sur des rétrécissements encore peu anciens, mais presque toujours il y avait eu en même temps quelque action chirurgicale. Quant aux faits de M. Verneuil, ils n'ont pas été publiés, et nous ne pouvons les juger en connaissance de cause; s'ils étaient assez nombreux et démonstratifs, ils auraient un intérêt majeur, et sans doute le professeur les aurait mis au jour. Quoi qu'il en soit, ces faits douteux et exceptionnels peuvent être rapprochés de celui dont M. Dubuc a fait mention tout à l'heure, et où le traitement spécifique a paru agir favorablement sur l'évolution du tabes. Des deux côtés, il y aurait insuccès ordinaire, sinon constant, de la thérapeutique. En résumé, cet insuccès ne suffit pas entièrement pour nier l'origine syphilitique de l'ataxie, pas plus qu'il ne suffirait pour nier celle du rétrécissement rectal. Telle est la seule réserve que j'aie voulu apporter à l'argumentation de M. Abadie; mais, je le répète, mon intention n'était nullement de m'inscrire en faux contre son opinion.

M. Dubuc : Il n'est pas exact de dire que les manifestations syphilitiques, traitées dès leur début même, ne doivent pas laisser de traces; prenons pour exemple ce qui se passe du côté

de la peau : un malade est atteint d'une syphilide tuberculeuse circonscrite, accident qu'on peut avec Bazin considérer comme appartenant à la période secondaire, quoique déjà tardif; le traitement spécifique intervient dès le début et amène la résolution des tubercules; eh bien, malgré l'absence de tout travail ulcératif pendant la durée des tubercules, il restera, aux points où ils ont siégé sur la peau, des cicatrices peu apparentes, mais indélébiles; sur la peau, cela n'a pas grand inconvénient, au point de vue fonctionnel; qu'on suppose l'existence d'un processus analogue du côté de la moelle, le traitement spécifique pourra bien en amener la résolution; mais, s'il y a eu destruction de fibres et de cellules nerveuses, il en devra résulter des troubles fonctionnels irrémédiables, de sorte que le traitement, quoique ayant été utile au malade, ne l'aura pas guéri au sens ordinaire du mot.

Il semble, en outre, que, dans certains cas, la syphilis donne naissance à un processus scléreux qui résiste au mercure et à l'iodure de potassium.

La suite de la discussion sur ce sujet intéressant est renvoyée à la prochaine séance.

—

M. Duroziez lit un travail intitulé : *Du rhumatisme articulaire aigu et des lésions du cœur* (Sera publié prochainement.)

M. de Ranse : Quel est, de l'avis de M. Duroziez, le traitement du rhumatisme articulaire aigu à la suite duquel la lésion du cœur est la moins fréquente ?

M. Duroziez : Il me serait difficile de me prononcer catégoriquement sur ce sujet. Ce que je crois, au sujet de l'endocardite rhumatismale, c'est que sa guérison est bien plus fréquente qu'on ne croit, quel que soit le traitement employé. Le cœur peut se prendre entre deux attaques rhumatismales. Je crois, qu'en thèse générale, le traitement de Robert Devès est excellent, et qu'il faut toujours respecter les articulations atteintes de rhumatismes, et même l'y maintenir, quand il y a tendance à aller du côté du cœur. Il n'y a pas d'inconvénient à employer le salicylate de soude à doses modérées, car ce médicament supprime la douleur; mais il faut bien savoir que l'inflammation ne marche pas de pair avec la douleur. Un rhumatisme guéri trop vite peut se porter sur le cœur; je crois donc que l'on peut en thèse générale associer le salycilate aux révulsifs.

M. Martin : Je demanderai à M. Duroziez s'il ne croit pas que le salicylate de soude soit contre indiqué dans les affections cardiaques compliquant le rhumatisme ? J'ai eu un cas malheureux qui m'amène à faire cette question. Il s'agit d'une malade de 32 ans, atteinte de rhumatisme aigu, et qui fut emportée quarante-huit heures après l'administration d'une dose modérée de salicylate de soude.

M. Duroziez : Il est bien difficile de répondre à cette question, car les cas peuvent prendre beaucoup de formes. Je crois que si l'on avait le courage de ne pas toucher aux articulations, le cœur ne serait pas aussi souvent atteint; j'irai même jusqu'à conseiller, dans le cas d'end-d'endocardite rhumatismale, de ramener le rhumatisme sur l'articulation par un révulsif énergique.

Élection : On procède au vote sur la candidature de M. le docteur Bergeaud (d'Haïti), au titre de membre correspondant. M. le docteur Bergeaud est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

— La séance est levée à six heures.

Le Secrétaire annuel, Dr Delefosse.

BIBLIOTHÈQUE

De l'ataxie héréditaire (Maladie de Friedreich), par le docteur A. Brousse. — Paris, 1882; O. Doin.

Cette thèse inaugurale est une monographie de la maladie décrite pour la première fois, en 1863, par Friedreich (d'Heidelberg). M. Brousse a compulsé la bibliographie étrangère et française et analysé les rares observations de cette maladie, qui ont été publiées depuis quelques années. Contrairement à l'observation de Friedreich, il démontre qu'elle n'est pas plus fréquente chez la femme que chez l'homme, qu'elle n'est pas une ataxie fruste, comme certains auteurs l'avaient admis à tort, et que, par conséquent, elle se distingue de l'ataxie locomotrice progressive et des dégénérescences combinées des cordons de la moelle (Westphal et Schultze). Les lésions anatomiques sont celles d'une sclérose fasciculée des cordons postérieurs de la moelle, se propageant jusqu'au bulbe, compliquée d'une sclérose diffuse des cordons

latéraux et antérieurs. En résumé, cette monographie donne le bilan exact de nos connaissances sur cette maladie dont l'histoire est toute contemporaine. — L. D.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 19 au 24 février 1883.

Lundi 19. — M. Péchin : Traitement de la conjonctivite purulente grave. (Président, M. Béclard.)

M. Clary : Rupture des varices profondes du membre inférieur. (Coup de fouet.) — (Président, M. Verneuil.)

M. Gral Régis : De la fièvre typhoïde chez les tuberculeux. (Président, M. Vulpian.)

M. Deniau : De l'hystérie gastrique. (Président, M. Vulpian.)

Mardi 20. — M. Bigot : Contribution à l'étude du traitement de l'épiplocèle traumatique et en particulier de la ligature et de l'excision. (Président, M. Gosselin.)

M. Tourmento : Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme utérin et péri-utérin sur la grossesse. (Président, M. Pajot.)

Mercredi 21, pas de thèses.

Jeudi 22. — M. Luizy : De la restauration du périnée, pratiquée immédiatement après l'accouchement. (Président, M. Pajot.)

M. Magnialis : La fièvre intermittente à Paris. (Président, M. Hardy.)

Vendredi 23, pas de thèses.

Samedi 24. — M. Delpeuch : Essai sur la péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte. (Président, M. Brouardel.)

FORMULAIRE

POMMADE STIMULANTE. — BILLROTH.

Nitrate d'argent cristallisé	0 gr 05 centigr.
Baume du Pérou.	5 grammes.
Cérat.	50 —

F. s. a. une pommade, qu'on étend sur des gâteaux de charpie pour panser les plaies peu étendues dont la cicatrisation marche trop lentement. — N. G.

COURRIER

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — Le Conseil, vu la demande adressée par M. Taillebois à la date du 15 septembre 1881, tendant à l'organisation d'un service dentaire dans les écoles communales de Paris ;

Vu le rapport de sa 4e Commission ;

Délibère :

1° La demande de M. Taillebois tendant à l'organisation d'un service dentaire dans les écoles communales n'est pas acceptée ;

2° L'administration est invitée à étudier l'organisation de visites sanitaires périodiques, qui seraient faites par les médecins-inspecteurs annuels, spécialement au point de vue des dents, des yeux et des oreilles ;

3° M. le Directeur de l'Assistance publique est invité à continuer l'étude de la création de services dentaires gratuits dans les hôpitaux de Paris. Les médecins dentistes des hôpitaux seront nommés au concours.

ÉTUDES MÉDICALES EN ALLEMAGNE. — L'association des médecins de Munich vient d'adresser au Conseil fédéral une pétition (20 décembre 1882), pour demander la prolongation des études médicales ; elle juge insuffisante la durée de 4 ans actuellement exigée en Allemagne, elle fait observer qu'en Russie et en Autriche le temps d'études est de 5 ans, en Hollande de 6 ans, de même que dans les pays scandinaves.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DES EFFETS ANTITHERMIQUES

DU SULFATE DE QUININE ET DU SALICYLATE DE SOUDE ADMINISTRÉS CONCURREMMENT DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris,

Par le docteur F. SOREL, membre correspondant.

I

Depuis les intéressantes communications de M. le professeur agrégé Hallopeau, sur l'emploi du sulfate de quinine et du salycilate de soude dans le traitement de l'érysipèle et de la fièvre typhoïde, j'ai fait usage de ces médicaments, non seulement dans les deux maladies précitées, mais encore dans un certain nombre d'autres affections fébriles. Ce sont les résultats constatés dans la fièvre typhoïde et qui sont de beaucoup les plus remarquables que je désire soumettre à l'appréciation de la Société médicale des hôpitaux.

Pendant la période d'une année, du 1er juillet 1881 au 30 juin 1882, j'ai soumis à la médication quinino-salicylée 103 malades, comprenant 85 militaires et 18 civils, admis à l'hôpital militaire de Sétif (Algérie).

Par suite des événements de la Tunisie et des mouvements de troupes qu'ils entraînèrent, la provenance des maladies militaires est variée. Voici, suivant les mois, la répartition des entrées :

1881	Juillet	9, décès	2	1882	Janvier	6, décès	»
	Août	3,	1		Février	5,	1
	Septembre	19,	5		Mars	2,	»
	Octobre	27,	»		Avril	1,	»
	Novembre	6,	1		Mai	1,	»
	Décembre	5,	»		Juin	1,	»

Le chiffre des malades militaires donne la totalité des cas, celui des malades civils ne représente qu'un petit nombre des atteints, parfois les plus graves, amenés à l'hôpital en raison même de cette gravité. Plusieurs de ces malades venaient des chantiers des travaux de chemin de fer établis aux environs. Les cas se répartissent ainsi :

1881	Juillet	», décès	»	1882	Janvier	1, décès	»
	Août	»,	»		Février	1,	»
	Septembre	3,	»		Mars	1,	»
	Octobre	1,	»		Avril	1,	»
	Novembre	6,	3		Mai	1,	1
	Décembre	2,	»		Juin	1,	»

Physionomie des cas. — La maladie, même dans les cas très graves, a présenté un certain nombre de caractères communs : connaissance en général conservée ; délire exceptionnel ou peu intense ; pouls souvent au-dessous de 100 pulsations avec dicrotisme peu marqué ; langues rarement rôties ; tympanisme abdominal modéré ; selles involontaires peu fréquentes ; constipation dans un certain nombre de cas.

Les taches rosées ont été manifestes dans les deux tiers des cas environ; parfois abondantes, elles apparaissaient par poussées successives jusqu'au moment même de l'apyrexie; assez souvent elles étaient papuleuses d'emblée où le devenaient par transformation *in situ.*

Les taches ombrées, constatées dans quatre cas, coïncidaient avec la présence de *pediculi pubis.*

Les éruptions de miliaire et de sudamina furent fréquentes; leur explosion paraît avoir été le plus souvent sous la dépendance de la médication.

La convalescence marquée par la perte des forces et l'amaigrissement eut une durée relativement courte.

Conditions de la médication. — Placé en pays palustre, aux prises avec les incertitudes, si grandes au début de la maladie et principalement en été, d'un diagnostic différentiel d'avec les formes fébriles continues de l'impaludisme, j'ai dû, tout en m'inspirant des recherches de notre très distingué collègue, apporter quelques changements au mode thérapeutique suivi par M. Hallopeau.

Abandonnant le calomel, j'administrais dès le début le sulfate de quinine et le salicylate de soude, concurremment dans la même journée, en poursuivant la médication les jours suivants sans interruption.

Ayant obtenu, par ce mode de faire qui m'était imposé par les circonstances, une action plus marquée sur la température fébrile, tout en ne constatant aucun inconvénient notable, je l'adoptais à titre de méthode habituelle.

D'une façon générale, le sulfate de quinine est donné devant moi, à la visite du matin, en une seule dose variant de 0 gr. 50 à 1 gr. 20, suivant le chiffre thermique constaté. Je me sers de la solution au 1/50e.

Puis, le salicylate de soude, dissous simplement dans 100 grammes d'eau commune, est prescrit, toujours d'après l'intensité fébrile, à la dose de 2 à 4 grammes. La solution simple est parfaitement acceptée des malades, qui, à partir de neuf heures et demie du matin, heure de la distribution des médicaments, la prennent par gorgées, de temps à autre, de façon à ce que les deux tiers environ soient consommés avant la contre-visite, passée à quatre heures de l'après-midi; la totalité est absorbée avant la nuit.

En procédant ainsi, j'ai le double avantage de surveiller à la fois et la prise des médicaments et leur action. Le sulfate de quinine, administré en une seule dose, le matin, est le facteur fixe de la médication, tandis qu'il m'est loisible, si le soir l'abaissement thermique est voisin de la normale, ou pour toute autre raison, de suspendre le salicylate de soude, qui devient un facteur mobile sujet à variation.

Les doses des médicaments, surtout du salicylate de soude, devront être atténuées chez les femmes et plus encore chez les enfants, très sensibles à son action.

Cette association des deux médicaments a pu être continuée très longtemps, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient. Les effets thérapeutiques, comme on l'a dit, s'ajoutent sans qu'il en soit de même des effets toxiques.

Les bourdonnements d'oreilles ne sont pas plus marqués que dans les cas où les médicaments sont administrés isolément, et disparaissent bientôt. Le délire n'a jamais été le fait de la médication et n'a pas été aggravé par elle dans les cas où il existait. Si, parfois, il se produit une légère ivresse spéciale, il suffit de diminuer les doses pour la voir cesser. Une seule fois, j'ai noté de petits mouvements convulsifs dus, peut-être, à une susceptibilité individuelle toute spéciale et qui ne se sont pas reproduits avec des doses un peu atténuées. . . . . .

La respiration n'a jamais été influencée défavorablement; je n'ai eu à constater ni oppression ni dyspnée; aussi je n'ai pas regardé comme contre-indiquant la médication le fait de laryngo-typhoïde ou des complications du côté des bronches ou de la plèvre.

L'épistaxis est restée rare, et deux cas d'hémorrhagie intestinale, sur 103 malades, n'ont rien de surprenant.

On peut attribuer plus vraisemblablement à l'action du salicylate de soude la pro-

duction de sueurs plus ou moins abondantes et l'éruption, notamment sur la paroi abdominale, de vésicules de sudamina et de miliaire qui entraînent une desquamation consécutive à leur dessiccation. Plusieurs fois, les vésicules ont atteint le volume d'un grain de chènevis.

Ces phénomènes inconstants et passagers obligent tout au plus à modérer la médication et disparaissent bien qu'on la continue.

Toutes les fois que l'indication s'en est posée, les divers symptômes de la fièvre typhoïde : délire, congestion pulmonaire, diarrhée, constipation, etc., ont été, en même temps, combattus par des moyens appropriés.

Au point de vue du régime, le malade prenait du bouillon dès l'entrée, du lait, et un peu de vin, sucré ou non, suivant son désir. Dans les cas prolongés, à moins de contre-indication, je permettais un peu de chocolat sans pain, du tapioca, du bouillon contenant un œuf; et comme boisson, du lait, du vin de Banyuls, la potion de café légèrement alcoolisée parfois. C'est depuis qu'une alimentation appropriée à leur état n'a plus été refusée systématiquement aux typhoïdiques, que les vastes eschares au sacrum, les convalescences interminables, sont devenues une rare exception; et Brandt ajoute à la médication par les bains froids, une alimentation réglée dont il fait une des conditions importantes du succès.

M. le professeur Luton préconise la diète hydrique et condamne l'alimentation, qu'il regarde comme très préjudiciable. Le désaccord est plus apparent que réel, puisqu'il donne des aliments dès l'apparition des taches rosées. Quant aux tisanes sucrées, je passe facilement condamnation sur leur usage, et, pour peu qu'il en manifeste le désir, je laisse au malade de l'eau à sa libre disposition; mais c'est là l'exception.

En résumé, j'ai nourri mes malades suivant les indications fournies par leur état, et j'ai substitué la simultanéité et la continuité dans l'administration du sulfate de quinine et du salicylate de soude à l'alternance et aux interruptions de M. Hallopeau.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 février 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentations. — Suite de la discussion sur la maladie kystique du testicule. — La syphilis héréditaire et le rachitisme. — Fistule uréthro-vaginale consécutive à l'expulsion spontanée d'un calcul vésical. — Rapport sur une observation d'amputation de la jambe chez un albuminurique; discussion : La chirurgie française et la chirurgie étrangère. — Lecture : De l'orteil à marteau.

M. Verneuil dépose une note de M. le docteur Schwartz, chirurgien des hôpitaux, sur un cas d'induration des enveloppes du corps caverneux chez un diabétique.

M. le docteur Heurtaux (de Nantes), membre correspondant, adresse une note, lue en séance par M. le secrétaire général Horteloup, et relative à la discussion qui s'est élevée, mercredi dernier, sur la maladie dite kystique du testicule. L'honorable chirurgien relate, dans cette note, un cas d'épithélioma kystique avec noyaux cartilagineux qu'il a opéré il y a dix-neuf ans et qui, depuis cette époque, n'a pas récidivé.

M. Trélat, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, demande la permission de mettre sous les yeux de ses collègues une figure représentant la tumeur kystique du testicule qu'il a observée en 1852, dans le service de Nélaton. Cette tumeur, suivant lui, présente l'aspect caractéristique de ce que l'on doit appeler la vraie maladie kystique du testicule; elle est constituée uniquement par des kystes avec stroma fibreux et cloisons fibreuses minces. Il ne pense pas que la tumeur présentée en 1875 par M. Desprès, et dont il a été question dans la dernière séance, offre les caractères de la maladie kistique, et que, par conséquent, M. Desprès soit fondé à établir, d'après ce fait, une variété de maladie kystique à laquelle il propose de donner le nom d'adénome kystique du testicule.

M. Després cherche à montrer les analogies que présente le dessin de sa tumeur avec les dessins de la maladie kystique telle que Curling l'a décrite; là, suivant lui, sont les vrais

caractères de la maladie dite kystique du testicule; la figure mise par M. Trélat sous les yeux de la Société de chirurgie, offre des différences essentielles avec cette dernière maladie.

M. Trélat maintient l'exactitude de la ressemblance de sa tumeur avec celles décrites par Curling et avant lui par Astley Cooper, auquel la science doit la première description de la maladie kystique; la figure de M. Desprès est tout autre chose et représente beaucoup plus une tumeur hématique qu'une tumeur kystique.

M. Richelot ne veut pas établir de comparaison entre la figure de M. Trélat et celles de Curling et de M. Desprès. Il désire seulement rappeler qu'il existe des cas où les tumeurs sont constituées par un stroma important avec kystes plus ou moins nombreux, et d'autres cas où il n'y a que des kystes avec des cloisons fibreuses minces, sans stroma. La question est de savoir si ces tumeurs kystiques avec simples cloisons fibreuses, sans stroma, ne sont pas récidivantes et méritent de s'appeler des adénomes, comme le veut M. Desprès; or, d'après les faits aujourd'hui connus, ce sont de véritables épithéliomas. Le fait de la non-récidive dans certains cas ne prouve rien contre cette opinion, puisqu'il y a des carcinomes qui ne récidivent pas depuis dix et douze ans.

M. Terrier ne pense pas que l'on puisse faire avancer la question en s'en tenant aux descriptions et aux figures de ces tumeurs telles qu'on les trouve dans les ouvrages d'Astley Cooper et de Curling. La véritable histologie de ces tumeurs n'a pas été faite et il faudrait, pour se prononcer, des examens histologiques comparables. La tumeur présentée par M. Desprès, en 1875, offre les mêmes lacunes, et il n'y a pas lieu d'en tenir compte, non plus que des précédentes.

Tout ce que l'on peut dire de plus précis, sur la maladie kystique, dans l'état actuel de la science, c'est que ces tumeurs kystiques du testicule. à kystes multiples, plus ou moins volumineux, offrant des végétations sur leurs parois, paraissent être absolument identiques, comme structure, aux kystes multiloculaires de l'ovaire. Toutefois, la grande différence clinique qui distingue ces tumeurs kystiques les unes des autres, c'est qu'elles sont ordinairement malignes chez l'homme, tandis que, chez la femme, dans l'immense majorité des cas, elles ne récidivent pas. La récidive peut cependant s'observer quelquefois dans les kystes multilocülairede l'ov aire; M. Terrier en a observé dernièrement un exemple chez une femme qu'il a opérée avec le concours de M. Nicaise, et dont la tumeur a récédivé dans les viscères. Le kyste de l'ovaire, généralement de nature bénigne, peut donc revêtir, dans certains cas, une forme maligne; par contre, les tumeurs kystiques malignes du testicule pourraient, peut-être, avoir parfois des formes bénignes. Il y a lieu de chercher, par l'histologie, les causes de ces différences cliniques.

M. Desprès n'a pas la prétention de trancher la question; mais il ne voudrait pas qu'il fût dit que toutes les tumeurs kystiques du testicule sont des cancers. Cette opinion serait contraire à l'observation. Quant à la récidive des kystes de l'ovaire, M. Desprès déclare qu'il en connaît au moins trois exemples.

M. Verneuil demande que la question si importante d'étiologie et de pathogénie portée à la tribune de la Société de chirurgie par M. Lannelongue, touchant les relations de la syphilis héréditaire avec le rachitisme, soit mise à l'ordre du jour. Cette question a été discutée avec un talent infini, au dernier Congrès international de Londres, par M. le professeur Parrot, qui a mis sous les yeux de cette assemblée une très remarquable collection de pièces montrant le lien étroit qui relie le rachitisme aux manifestations de la période tertiaire de la syphilis. M. Parrot s'offre de venir, à l'occasion de la communication de M. Lannelongue, traiter de nouveau cette question devant la Société de chirurgie et lui montrer sa collection. M. Verneuil pense que la Société acceptera cette offre avec empressement et que M. Parrot sera invité officiellement à venir, dans une séance ultérieure, faire cette démonstration.

M. Lannelongue appuie la proposition de M. Verneuil et dit qu'il serait heureux, pour sa part, d'entendre la communication de M. Parrot.

— M. Polaillon, conformément au désir exprimé par M. Verneuil, dans la dernière séance, a écrit à M. le docteur Mouchez (de Sens), pour avoir des nouvelles de la malade à la fistule uréthro-vaginale consécutive à l'expulsion spontanée d'un calcul vésical. M. Mouchez a répondu que cette femme, âgée de 72 ans, s'est refusée absolument à toute opération; elle préfère garder sa fistule qui, du reste, a beaucoup diminué d'étendue depuis l'expulsion du calcul; elle ne perd plus, par l'orifice fistuleux, que le tiers environ des urines de vingt-quatre heures, les deux autres tiers passent par le canal de l'urèthre.

M. Polaillon a reçu également, de M. Mouchez, des nouvelles de son autre malade, de celui qui a subi, il y a six mois, l'élongation du nerf dentaire inférieur pour une névralgie rebelle

du trijumeau ; ce malade n'est pas encore parfaitement guéri ; il éprouve de temps en temps des crises douloureuses, mais ces crises sont beaucoup moins violentes qu'avant l'opération et elles peuvent être calmées par les injections sous-cutanées de morphine.

M. Marc Sée dit qu'il a eu occasion de pratiquer l'opération de la fistule uréthro-vaginale chez deux jeunes femmes, atteintes de cette fistule à la suite de l'accouchement ; c'est en vain qu'il a tenté à plusieurs reprises de faire la suture des bords de l'ouverture fistuleuse ; il a éprouvé un échec complet, comme ceux de ses collègues qui ont pratiqué la même opération dans des cas analogues. La fistule uréthro-vaginale est donc, à son avis, une affection des plus rebelles, des plus difficiles à guérir, et M. Sée serait désireux de savoir si quelqu'un de ses collègues aurait à communiquer quelque cas de guérison.

Personne ne répond à l'appel de M. Marc Sée.

— M. Verneuil lit un rapport sur une observation de M. le docteur Redard, chef de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, intitulée : *Amputation de jambe chez un tuberculeux albuminurique, atteint de suppurations osseuses multiples. — Courbe de la quantité d'albumine avant et après l'opération.*

Cette observation, dit M. le rapporteur, est vulgaire en apparence, puisqu'il s'agit simplement d'une amputation de jambe chez un scrofuleux atteint de lésions pulmonaires et rénales, mais elle est importante en réalité à cause de l'étude particulière qui a été faite des urines de l'opéré.

Ce n'est pas la première fois, sans doute, que l'on opère un albuminurique, mais jamais, à la connaissance de M. Verneuil, on n'avait suivi jour par jour, après l'opération, les phases de l'affection rénale.

M. Redard, en instituant ces expériences, a obtenu un tracé des plus instructifs et qui met bien en évidence le retentissement du traumatisme sur les lésions viscérales préexistantes. Il sera facile de poursuivre ces recherches pleines de promesses et qui n'exigent qu'un peu de patience.

Après avoir communiqué dans tous ses détails le fait de M. Redard, M. Verneuil y ajoute les commentaires suivants :

Voilà, dit-il, un pauvre scrofuleux, en proie depuis longtemps à des suppurations multiples, atteint de lésions sérieuses du côté des poumons et des reins, presque cachectique, en un mot, qui supporte admirablement une grande opération et en ressent aussitôt les bienfaits. Les douleurs cessent, la septicémie chronique disparaît, les symptômes thoraciques s'amendent, les fonctions digestives se restaurent, le moral se rassure, le trauma évolue à souhait. Fièvre traumatique presque nulle, le thermomètre montant d'un degré à peine pendant les deux ou trois premiers jours ; puis, sous le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, si simple, si commode, si efficace, la cicatrisation se fait toute seule aussi rapidement, aussi complètement, aussi régulièrement qu'avec la suture la plus exacte et le meilleur pansement antiseptique.

Si, en suivant la marche de ce fait, on s'était contenté des explorations ordinaires, pouls, température, interrogatoire portant sur les grandes fonctions, on aurait pu croire que l'action chirurgicale était restée tout à fait circonscrite et que l'économie n'en avait point été ébranlée, on aurait pu supposer même que le trauma, agissant à la façon d'un révulsif, avait avantageusement modifié l'état des viscères antérieurement lésés.

Or, il en était autrement, et la composition des urines, indice fidèle et précieux des métamorphoses et des échanges nutritifs intimes, révélait une aggravation temporaire de l'affection rénale, ou, pour le moins, le retentissement non équivoque de la blessure sur la glande malade.

L'augmentation considérable de l'albumine n'a pas troublé sensiblement la santé, il est vrai, mais elle n'en démontre pas moins, avec la dernière évidence, ce fait général, à savoir : l'*action aggravante du traumatisme sur les propathies ou états pathologiques antérieurs.*

M. le rapporteur regrette que l'attention des praticiens soit exclusivement fixée sur l'asepsie des blessures et l'apyrexie des blessés, comme si hors de l'asepsie il n'y avait point de salut, et si avec l'asepsie il n'y avait plus de dangers. Il s'élève énergiquement contre cette prétention exorbitante des apôtres et des pontifes de la religion nouvelle, de vouloir tout réduire à une question de thermométrie et de pansement antiseptique.

Certes, nul plus que M. Verneuil ne reconnaît les immenses services rendus par la doctrine septicémique et par la méthode antiseptique qui en est l'application immédiate ; mais il importe de reconnaître aussi que l'extermination du vibrion septique n'empêche point le traumatisme d'être d'une gravité exceptionnelle chez le diabétique, le leucocythémique, le cirrhotique, etc.

Les faits démontrent :

1° Qu'abstraction faite des complications venues du milieu ambiant, septicémie, pyohémie, érysipèle, etc., le traumatisme à lui seul, par lui-même, léger ou grave, prémédité ou accidentel, intervenant sur des sujets antérieurement atteints de lésions, d'affections ou de maladies diverses, peut exercer et souvent, en effet, exerce une action puissante sur ces lésions, affections ou maladies;

2° Que cette action intrinsèque, qu'elle soit locale ou générale, peut être *salutaire* ou *nuisible*, suivant qu'elle supprime la propathie ou qu'elle l'aggrave; à la fois salutaire et nuisible, quand une opération pratiquée chez un diathésique, par exemple, guérit, d'une part, une manifestation locale et, de l'autre, précipite la marche de la maladie constitutionnelle vers l'issue fatale ;

3° Que cette aggravation peut aller jusqu'à la mort inclusivement sans l'intervention d'aucune des complications classiques et communes du traumatisme : septicémie, pyohémie, érysipèle, gangrène, hémorrhagie, tétanos, etc., et alors que le trauma évolue de la façon la plus simple, la plus régulière, la plus bénigne ;

4° Que si la mort est due plutôt à la maladie qui est aggravée qu'au traumatisme qui l'aggrave, ce dernier a sa part de responsabilité puisque, sans lui, la propathie aurait pu guérir, ou rester stationnaire, ou n'entraîner que beaucoup plus tard la terminaison funeste;

5° Que les catastrophes, résultant a la fois des états morbides antérieurs et du trauma surajouté, sont fréquentes ;

6° Qu'un certain nombre de morts attribuées au fameux choc traumatique, dont on attend toujours la définition, la description et l'explication, ou à d'autres états non moins vagues : collapsus, sidération, épuisement nerveux, etc., sont simplement la conséquence de l'aggravation plus ou moins rapide d'une affection siégeant dans un viscère important ou d'une dyscrasie compromettante pour la vie et parvenue à un degré avancé.

En conséquence, le praticien doit toujours avoir présentes à la pensée les propositions suivantes :

1° Tout trauma, chez un sujet atteint d'une tare locale ou constitutionnelle, entraîne à sa suite deux ordres de dangers, les uns partant du foyer traumatique, les autres se développant aux lieux tarés;

2° Si la méthode antiseptique prévient ou supprime fréquemment les premiers dangers, en assurant presque toujours l'évolution régulière du trauma, elle reste, en revanche, bien souvent impuissante contre l'impulsion donnée à la propathie préexistente;

3° Elle n'empêche nullement, par exemple, en cas de blessure ou d'opération, le *delirium tremens* chez l'ivrogne, la colique néphrétique chez le graveleux, l'accès de goutte chez le podagre, l'attaque rhumatismale chez l'arthritique, les paroxysmes fébriles ni les hémorrhagies périodiques chez les paludiques, les syphilides au point blessé et l'exostose tertiaire au lieu contus, etc.; en un mot, elle a sa sphère de puissance et non l'omnipotence absolue qu'on veut lui accorder;

4° En fin de compte et comme conclusion pratique, il est nécessaire, pour soigner une blessure, entreprendre une opération, en porter le pronostic, en assurer le succès, de poursuivre sans doute l'asepsie et l'apyrexie, mais de s'occuper avec un soin égal du malade et de l'état organique dans lequel il se trouve.

M. Verneuil rappelle ensuite les nombreuses observations publiées soit par lui, soit par ses élèves, qui prouvent l'action funeste exercée par le traumatisme sur les états morbides antérieurs; il en cite de nouveaux exemples non moins probants.

« Je pourrais, dit-il en terminant, remplir bien des pages de faits pareils relatifs à des tuberculeux, à des cancéreux, à des diabétiques, à des cardiaques, à des sujets affectés de maladies anciennes du foie, du tube digestif ou des reins, succombant plus ou moins brusquement aux suites d'opérations brillamment exécutees, irréprochablement soignées, mais ayant le défaut majeur d'avoir été faites inopportunément et en dépit des contre-indications.

« Après avoir maintes fois signalé cet écueil de la pratique chirurgicale dans les écrits périodiques et dans les Congrès médicaux, j'ai voulu porter directement devant la Société de chirurgie la question capitale *des effets funestes du traumatisme sur les propathies.*

« Je l'ai fait à dessein... Je suis las et irrité de voir sans cesse notre chirurgie française prise en pitié, méprisée, insultée même, et ne suis pas moins peiné de voir quelques-uns de nos compatriotes saluer plus volontiers les drapeaux étrangers que de soutenir le nôtre et de e relever.

« Je réclame pour notre science nationale, au moins le respect et la justice. Je ne puis croire que nous soyons réduits à imiter servilement les autres et à copier jusqu'à leurs exagérations et leurs erreurs. Non, je n'accepte point que nous soyons muets dans le concert scientifique actuel. Parce que l'on ne nous retrouve plus à l'extrême avant-garde dans la région des

aventures retentissantes ou désastreuses, on croit que nous avons déserté le combat quand nous avons simplement changé de terrain et porté ailleurs notre activité.

« Si nous paraissons rejeter au deuxième rang la médecine opératoire, c'est pour mettre au premier la thérapeutique chirurgicale. Si nous montrons peu d'empressement à extirper les cancers du larynx et de l'utérus, à réséquer l'œsophage, le cardia, le poumon, à lier ou à suturer l'aorte, etc., c'est que notre solide bon sens gaulois nous a fait sans peine entrevoir la destinée inévitable de ces extravagantes vivisections et qu'il nous a paru inutile de vanter aujourd'uui ce qu'il aurait fallu rejeter demain.

« Si, dans nos salles de chirurgie, nous hésitons beaucoup à transporter les résultats obtenus dans les laboratoires d'expérimentation, c'est que, sous plus d'un rapport, nous n'assimilons pas l'homme aux batraciens, aux rongeurs, ni même aux mammifères les plus élevés dans l'échelle animale.

« Un progrès immense s'est accompli. La doctrine septicémique et la méthode antiseptique ont révolutionné la chirurgie moderne et l'ont couverte de gloire; mais notre pays n'a-t-il donc pas sa part dans ce grand événement? Faut-il rappeler les noms de Gaspard, de Sédillot, de Pasteur? Le nom d'Alphonse Guérin ne peut-il pas se placer honorablement à côté de celui de Lister?

» En vérité, les chirurgiens français ont le droit de relever la tête; ils sont prudents, réfléchis et surtout profondément *humains*; s'ils opèrent moins, rien ne prouve qu'ils guérissent moins de malades; si leur œuvre est moins hardie, elle est à coup sûr, et de beaucoup, moins meurtrière.

« Pour être moins ardents et moins prompts à saisir le couteau et à se prosterner devant ce dieu du jour, ils n'en travaillent pas moins utilement au progrès de l'art, car ils cherchent sans cesse à fixer les bases du traitement des affections chirurgicales; bases plus étendues, plus multiples qu'on ne le croit, puisque dans les cas où l'intervention est ou semble nécessaire, il faut successivement peser et résoudreles questions relatives à l'indication et à la contre-indication, à l'opportunité, à la préparation, à la sélection, à la technique, à la thérapeutique et, enfin, à l'efficacité opératoire jugée par les résultats ultérieurs des opérations. »

L'éloquente et chaleureuse péroraison du discours de M. Verneuil est accueillie par d'unanimes applaudissements.

MM. Trélat et Desprès déclarent s'associer entièrement à la revendication de M. Verneuil en faveur de la chirurgie française. M. Desprès ajoute que seuls les chirurgiens français ont compris et pratiquent la science pour laquelle le globule du sang du pauvre a la même valeur que le globule du sang du riche.

La question posée par M. Verneuil, à savoir l'*action que le traumatisme exerce sur les états morbides antérieurs,* sera mise à l'ordre du jour de l'une des prochaines séances.

— M. le docteur Blum, chirurgien des hôpitaux, lit un travail sur l'*orteil à marteau.*

A. T.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de l'herpétisme, par le docteur E. Lancereaux.

Nous donnons ici, pour attirer l'attention de nos lecteurs sur l'ouvrage de M. le docteur Lancereaux, la plus grande partie des considérations qui, sous forme de préface, résument et précisent la pensée de l'auteur.

Les maladies aiguës sont aujourd'hui pour la plupart nettement délimitées et définies, mais il n'en est pas de même des maladies chroniques qui, par suite de la lenteur de leur évolution et en raison du grand nombre et de la diversité de leurs manifestations, n'ont pas encore été étudiées d'une façon complète. C'est pourquoi les traités les plus récents placent l'asthme et le ramollissement cérébral sur le même rang que la goutte, le diabète et la syphilis, assimilant ainsi le syndrome et l'affection à la maladie, comme si la partie pouvait égaler le tout. Il est juste de reconnaître cependant que, depuis ces dernières années, des efforts ont été faits en vue d'arriver à une connaissance plus exacte des maladies chroniques, et que celles qui dépendent d'une cause matérielle, comme la syphilis, l'alcoolisme, le saturnisme, ont été l'objet de recherches importantes. On est arrivé, non seulement à déterminer leurs différentes manifestations, mais à reconnaître qu'elles offrent, malgré la multiplicité de leurs localisations, des caractères anatomiques constants et qu'elles ont une évolution nettement définie (1)...

(1) C'est là un point que l'auteur a cherché à mettre en évidence dans ses travaux. (Voyez

A côté de ce premier groupe des grands processus morbides chroniques, il en est un autre composé de maladies non moins dissemblables par leurs manifestations pathologiques, mais plus obscures dans leur étiologie.

Ce groupe comprend la tuberculose, la scrofulose, le scorbut, etc. Il ne s'agit plus ici d'une cause spécifique ou spéciale, mais de conditions hygiéniques défectueuses, mauvaises, d'un ensemble de circonstances étiologiques conduisant fatalement aux mêmes résultats pathologiques. Ces maladies se distinguent, comme les précédentes, chacune par une évolution particulière et toujours semblable, et par des lésions anatomiques constantes; aussi peut-on les considérer comme étant parfaitement définies.

Il existe enfin, dans le cadre des maladies chroniques, un troisième groupe de processus morbides généraux qui reconnaissent pour origine non plus des agents spécifiques ou des conditions hygiéniques nettement déterminées, mais qui sont avant tout soumis à l'influence de l'hérédité. Ce sont les maladies véritablement constitutionnelles, dans lesquelles le système nerveux joue le rôle prédominant. A ce groupe appartiennent le rhumatisme, la goutte, l'obésité, le diabète gras, la gravelle urique, la carcinose, etc.

L'herpétisme, qui est l'objet de ce travail, rentre dans ce dernier groupe; sous cette dénomination, l'auteur a réuni toute une série de manifestations pathologiques, dynamiques et matérielles, qui se succèdent dans le cours de la vie d'un même individu, avec un ordre tel qu'il ne peut être douteux qu'un lien de parenté les unit et les rattache à une même condition pathologique générale, de façon à former une seule et unique maladie. Ces manifestations sont depuis longtemps connues, quelques-unes mêmes ont été parfaitement étudiées, et il faut avouer que le présent ouvrage ajoute peu de chose à ce que l'on en sait déjà; aussi son principal but est-il de montrer la succession de tous ces désordres, et de faire toucher le lien qui les resserre et en constitue l'unité. Effectivement, s'il n'est pas question de l'herpétisme dans la plupart des ouvrages classiques, la description des manifestations de cette maladie, l'une des plus fréquentes du cadre nosologique, ne s'y rencontre pas moins; c'est à tel point qu'il serait possible de dire que les détails en sont partout, l'ensemble nulle part. Cette maladie se retrouve d'ailleurs en partie dans l'étude qui a été faite de l'arthritisme (Bazin, etc.), dans celle qui concerne l'état nerveux (Sandras), le nervosisme (Bouchut), la neurataxie (Huchard). Chacun de ces auteurs a vu quelque chose de l'herpétisme, mais aucun d'eux n'en a saisi l'ensemble....

L'herpétisme, de même que la plupart des maladies chroniques, traverse deux phases successives, caractérisées, l'une par des désordres purement dynamiques : migraines, névralgies, spasmes, hypochondrie, etc; l'autre par des lésions matérielles qui affectent d'une façon spéciale les téguments et les tissus peu vasculaires, tels que poils, ongles, cartilages, aponévroses, endartère.

Cette localisation spéciale est une preuve saillante du rapprochement qu'il convient d'établir entre les nombreuses affections que l'auteur rattache à l'herpétisme; la transmission réciproque, par l'hérédité, de ces diverses manifestations est une autre preuve non moins importante. Effectivement, si les désordres multiples fonctionnels et matériels réunis dans ce travail n'existent pas tous chez le même individu, ils se rencontrent du moins chez les ascendants ou les descendants, et, de la sorte, ils constituent de véritables maladies de famille. Des parents migraineux, hémorrhoïdaires, catarrheux ou asthmatiques, engendrent des enfants qui peuvent avoir les mêmes manifestations, mais qui souvent aussi seront atteints de varices, d'arthrites déformantes, de lésions athéromateuses des artères, comme si la maladie, pour accomplir son cycle, avait besoin de plusieurs générations. D'un autre côté, il n'est pas rare de voir des parents rendus infirmes par l'affection désignée sous le nom de rhumatisme chronique, et dont les enfants sont à la fois migraineux, hémorrhoïdaires, asthmatiques, sujets aux névralgies, à l'eczéma, au psoriasis, etc...

Ce travail de généralisation et de classification aura, dit l'auteur, l'avantage de simplifier l'étude des maladies chroniques. Si en effet cette étude est restée obscure et difficile, cela tient uniquement à l'absence de toute idée philosophique et d'une classification naturelle. Il importe de savoir que le jour où l'on cessera de décrire comme maladies des états semblables en apparence, mais différents quand à leur origine, pour grouper et réunir des affections diverses quoique de même provenance, ce jour-là, l'étiologie et la pathogénie serviront de base à la médecine, et, en s'appuyant sur cette base, on parviendra à constituer dans le cadre des maladies chroniques des types aussi nettement définis que ceux qui font partie du domaine des maladies aiguës, et à donner au pronostic et à la thérapeutique une certitude qu'ils n'ont pu avoir jusqu'ici.

Sans doute, cette conception de l'herpétisme trouvera de nombreux contradicteurs; peut-

Traité historique et pratique de la syphilis. — Art. *Alcoolisme* du *Diction. encyclop. des sc. médic.* — *Atlas* et *Traité d'anatomie pathologique.*)

être même dira-t-on que l'auteur attribue à ce grand processus pathologique toutes les maladies. Notre confrère en appelle à l'observation ultérieure pour répondre à ces objections... D'un autre côté, il lui sera vraisemblablement reproché d'avoir désigné par le mot *herpétisme* ce que d'autres auteurs ont appelé *arthritisme*; à cela il répond que sous le nom d'*arthritisme* sont généralement réunies des maladies absolument distinctes, comme le rhumatisme articulaire aigu, la goutte, le rhumatisme articulaire chronique, et que, cette dernière affection différant des deux précédentes par son origine, ses caractères anatomiques et cliniques, il lui fallait bien la placer dans un autre cadre et trouver un mot pour désigner l'ensemble des désordres pathologiques qui rentrent dans ce même cadre. Le mot *herpétisme* étant tout créé, il lui a donné la préférence, d'autant plus que la plupart des affections dartreuses des anciens accompagnent ou précèdent les désordres articulaires désignés sous le nom de rhumatisme chronique.

En résumé, grouper sous un même chef toute une série d'affections unies entre elles par un lien de parenté incontestable, telle est la conception que M. Lancereaux a cherché à réaliser; tracer, d'après son observation personnelle, un tableau général de faits qui se présentent chaque jour à l'observation du médecin, dans le cabinet aussi bien qu'à l'hôpital, tel est le but que notre confrère a essayé d'atteindre...

CHRONIQUE

L'hygiène publique en Belgique. — La situation sanitaire de Bruxelles est excellente, mais il n'en est pas de même dans certaines autres parties de la Belgique. A Liège, notamment, la fièvre typhoïde sévit avec une très grande intensité. On attribue, en partie, la situation favorable de Bruxelles à la manière dont le service d'hygiène y est établi.

Dans une des dernières séances de la Société royale des sciences médicales de cette ville, le chef du service d'hygiène a communiqué des renseignements intéressants sur l'organisation de ce service. Il paraît que l'amélioration croissante de l'état sanitaire de Bruxelles a attiré l'attention des sociétés médicales de Paris. Le conseil municipal de Paris a décidé qu'une commission nombreuse va se rendre dans cette ville pour examiner les collecteurs, étudier le système des vidanges et se rendre compte, sur place, des améliorations introduites dans le service sanitaire de la capitale belge.

Dès qu'un cas de maladie infectieuse est signalé au bureau d'hygiène, on procède aussitôt à une triple enquête.

Le médecin hygiéniste du quartier fait une visite au domicile de la personne malade ou décédée, pour se rendre compte des causes permanentes d'insalubrité existant dans la maison, ainsi que des circonstances qui peuvent avoir contribué au développement ou à la propagation de la maladie. Il s'assure s'il existe d'autres cas de la même affection dans la maison, il s'enquiert des écoles fréquentées par les enfants de la maison, afin de prendre éventuellement les mesures nécessaires pour prévenir la contamination des écoles elles-mêmes. Il indique les mesures de désinfection qu'il juge les plus utiles dans l'occurrence et dont l'exécution est confiée, soit à la famille, soit à un agent spécial du bureau de police de la division.

Une deuxième enquête est faite simultanément par les soins du service technique, dont un employé, placé sous le contrôle du chef de service d'hygiène, visite la maison pour s'assurer tout spécialement de l'état des latrines, des égouts, des coupe-air hydrauliques, etc.

Enfin une troisième enquête est faite au point de vue de la composition des eaux de puits servant à l'alimentation. Un échantillon est prélevé dans toutes les maisons contaminées, et l'analyse en est faite par le chimiste de la ville. Lorsqu'on a reconnu que l'échantillon d'eau est réellement mauvais, l'administration communale invite le propriétaire à pourvoir son immeuble d'eau potable, soit en faisant exécuter aux puits les travaux nécessaires pour rendre à l'eau la pureté indispensable, soit en prenant un abonnement aux eaux de la Ville. Si le propriétaire n'exécute pas, dans le délai fixé, les travaux qui lui sont prescrits à la suite des enquêtes effectuées par le service d'hygiène, la commission médicale est appelée à se prononcer sur le point de savoir si, en cas de nouveau refus de la part du propriétaire, l'habitation de la maison doit être interdite.

Le chef du service sanitaire de Bruxelles, dans le rapport qu'il a fait à la Société des sciences médicales, auquel ces renseignements sont empruntés, estime qu'il est permis d'espérer que, dans un petit nombre d'années, les principales causes d'insalubrité auront entièrement disparu à Bruxelles, et que, par suite, la mortalité y sera réduite à son minimum. Que n'en pouvons nous dire autant à Paris !

Le suicide des scorpions. — Parmi les légendes que la crédulité et l'ignorance populaires

ont accréditées dès leur origine et nous ont transmises d'une génération à l'autre, se trouve celle du suicide des scorpions, d'autant plus enracinée qu'on pouvait moins vérifier le fait.

On admet volontiers encore qu'entre tous les animaux, le scorpion est à peu près le seul qui, se trouvant dans un danger dont il ne peut sortir, aime mieux se tuer lui-même que de se laisser tuer. Seul, le scorpion pratiquerait le suicide dans certaines conditions. Il est vrai que la chose lui est relativement plus facile qu'à d'autres animaux ; il peut assez aisément se piquer lui-même avec le dard qui termine son corps en arrière, dard pointu et dont l'extrémité perforée laisse sortir, sous l'influence de la volonté de l'animal, le venin redoutable qu'une glande voisine sécrète pour la défense du scorpion.

Mais voici un observateur éminent, M. Romanes, qui déclare avoir étudié avec le plus grand soin le prétendu suicide des scorpions, et n'avoir jamais vu cet animal se tuer une seule fois.

Les expériences faites par M. Romanes sont aussi nombreuses que cruelles; mais elles paraissent concluantes. En voici quelques-unes, propres à faire frémir d'horreur les vieilles miss zoophiles et antivivisectionnistes, à moins qu'elles n'aient égard à la nationalité de M. Romanes, qui est Anglais.

M. Romanes a chauffé des scorpions en concentrant sur eux la lumière du soleil au moyen d'une lentille, ce qui revient à les brûler grièvement. Jamais il ne se sont suicidés; ils agitaient, il est vrai, leur dard sur l'endroit brûlé et autour de lui, comme pour chasser l'agent irritant. Même chose lorsqu'on chauffe les scorpions par en dessous, dans une bouteille de verre, comme cela a été fait pour une trentaine d'individus.

M. Romanes a entouré d'autres scorpions d'une ceinture de charbons ardents : les malheureux animaux ont marché à travers cette zone de feu, mais ne se sont pas suicidés autrement. D'autres scorpions, placés dans de l'alcool enflammé, dans de l'acide sulfurique concentré, soumis à l'action de l'électricité, n'ont manifesté aucune velleité de suicide : ils se sont laissés cuire et tuer sans tâcher d'échapper au mal par une mort volontaire. Même lorsqu'on leur a brûlé du phosphore sur le corps, ils ne se sont servi de leur queue que pour essayer d'enlever la cause de leur affreuse torture. Ce qui a pu faire croire au suicide des scorpions, ce sont les gestes qu'ils font avec leur queue, quand on les tracasse en quelque façon que ce soit : ils essayent de chasser au moyen de celle-ci l'agent perturbateur.

Renonçons donc à la légende qui a depuis longtemps cours : mais qu'il nous soit permis de regretter qu'il ait fallu d'aussi barbares expériences pour connaître la vérité. Ceci soit dit surtout pour les Anglais qui accusent sans cesse les nations du continent de barbarie et de cruauté.

Voiture d'ambulance à New-York. — Cette voiture contient un brancard pour déposer le ou les blessés, quelques objets de pansement, un siège pour le médecin et un autre pour le cocher, mais ce n'est pas là la chose remarquable. La voiture doit toujours être prête à partir, et les Américains se font une gloire de la rapidité avec laquelle elle arrive sur le lieu de l'accident. La voiture a les brancards soulevés; au-dessus est suspendu le harnais, attaché au plafond par un système de cordages qui permet de le laisser tomber instantanément sur le dos du cheval. Il y a deux chevaux et l'un toujours prêt à sortir. Il tourne le derrière à sa mangeoire tandis que l'autre mange. On détache un simple anneau et le cheval sort de sa stalle et vient de lui-même se placer dans les brancards ; alors fonctionne le système de suspension des brancards et des harnais qui tombent sur le cheval. Nuit et jour, un employé spécial veille dans l'écurie, à laquelle aboutissent des fils télégraphiques venant des divers quartiers de la ville. Sitôt qu'un accident se produit, on le signale télégraphiquement; il suffit pour cela de presser sur le bouton d'un des signaux d'alarme établis dans le quartier. Alors la sonnette de l'écurie fait vacarme, le quartier où a eu lieu l'accident y est indiqué, et par le même moyen est averti le médecin de garde à l'hôpital. On comprend avec quelle rapidité peuvent être portés les secours. (*Revue scientifique.*)

Un véritable père nourricier. — A plusieurs reprises déjà, on a signalé le cas de glandes mammaires d'animaux mâles secrétant du lait pour la nourriture des jeunes ; mais on n'avait jamais observé jusqu'à ce jour le fait d'un petit de mammifère allaité par le mâle. Il y a là une telle anomalie qu'elle paraît à peine vraisemblable. L'*American Naturalist* rapporte cependant que le fait a été constaté en 1872 par le docteur Hayden, pendant qu'il explorait les Yellostene Mountains, sur une espèce de lièvre qu'il désigne sous le nom de *Lepus Bairdii.* Il put capturer quatre mâles adultes qui tous avaient des mamelles pleines de lait. Le poil alentour était humide et collé contre la peau, ce qui prouvait que ces animaux venaient d'allaiter leurs petits. Pour vérifier l'exactitude du fait, on pratiqua la dissection et l'on put s'assurer du sexe de l'animal. Les noms de ceux qui affirment ce fait ne permettent pas, dit l'*American Naturalist,* de douter de son exactitude.

La même année 1872, M. le docteur Courty disait dans le *Montpellier Médical* qu'il avait

dans son service un homme bien conformé d'ailleurs, et orné, en outre, d'un sein très bien fait et volumineux du côté droit. On ne dit pas malheureusement si ce sein renfermait du lait; mais M. Courty supposait qu'il aurait pu en donner si on l'eût tété. Il est à regretter qu'on ne l'ait pas fait, au point de vue de la physiologie comparée de l'allaitement chez l'homme et chez le lièvre.

Les accroissements de la population. — Le recensement de la population de l'Allemagne, fait en 1880, nous paraît présenter à la France un sérieux intérêt à beaucoup de points de vue. Cet intérêt s'accroît par le fait même qu'un recensement a été fait en France, en 1881, et que des comparaisons sont faciles à établir.

En comparant les chiffres, ont voit que, dans la période quinquennale s'étendant de 1876 à 1881, la population de la France n'a augmenté que de 389,673 habitants, tandis que la population allemande s'est accrue de 1875 à 1880, de 2,506,689 individus. L'accroissement en Allemagne est de *six* fois plus considérable qu'en France. Il est de 0,20 0/0 en France à de 1,14 0/0 en Allemagne. Il y a 37,321,186 Français en France et 45,234,061 Allemands en Allemagne. Qu'on ne dise pas qu'il y a moins de Français que d'Allemands parce que le sol français est insuffisant; le kilomètre carré en Allemagne porte 84 habitants; en France, où le sol est plus riche et plus fertile, il n'en porte que 71. La supériorité du nombre n'est assurément pas la plus précieuse, même à la guerre, mais c'est un avantage qu'il ne faut point dédaigner.

Un correctif à cet accroissement rapide de la population allemande se trouve dans les immigrations annuelles des Allemands. Le pays qu'ils affectionnent de préférence est l'Amérique, où leur arrivée contre balance, quoique trop peu encore, l'accroissement de la population noire.

Dans *The popular Science Monthly*, le professeur Gilliam établit par des chiffres que, depuis l'abolition de l'esclavage, l'accroissement de la population noire est supérieur à celui de la population blanche. Suivant M. Gilliam, si le mouvement se continue de même, d'ici à 100 ans, dans les Etats du Sud, le chiffre de la population noire sera double de celui de la population blanche, et cela, en raison d'une fécondité supérieure, puisque les nègres ne s'accroissent pas par immigration. De plus, les préjugés de races sont plus puissants que jamais. Les unions mixtes se font de moins en moins depuis que les blancs n'ont plus les négresse pour esclaves. De ces différents faits, M. Gilliam conclut qu'une crise sociale terrible se produira aux États-Unis lorsque les nègres, plus nombreux, voudront et pourront sortir de l'état d'infériorité où ils sont maintenant. Comme remède, il propose de créer un centre d'émigration noire et d'acquérir à cet effet un territoire dans l'Amérique centrale.

FORMULAIRE

Poudre dentifrice. — Maury.

Charbon de bois pulv.	125 grammes.
Quinquina gris pulv.	62 —
Sucre pulv.	125 —
Essence de menthe.	7 gr 70 centigr.
Essence de cannelle	4 grammes.
Teinture d'ambre	1 —

Mêlez. — N. G.

COURRIER

Nous croyons devoir mettre en garde nos confrères contre les visites d'un médecin allemand ou hongrois qui sollicite des secours, en se donnant pour professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Dorpat et pour victime d'une persécution politique: or, renseignements pris, son nom est tout à fait inconnu dans cette Université.

Concours de l'agrégation. — Le concours de l'agrégation en médecine s'est terminé vendredi soir par les nominations suivantes:

Paris : MM. Hanot, Quinquaud, Hutinel, Robin.
Montpellier : MM. Blaise, Baumel, Artigalas.
Lyon : M. Bar.
Nancy : M. Schmitt.
Lille : M. Leroy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté, en date du 10 février 1883, M. Gley est nommé préparateur des travaux pratiques de physiologie, et MM. Pignol et Martin sont nommés moniteurs des travaux pratiques de physiologie.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Sézary, docteur en médecine, chargé du cours d'hygiène et de médecine légale, est nommé titulaire de ladite chaire.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle s'ouvrira à l'Ecole de médecine d'Alger le 1er juin 1883. Les candidats devront s'inscrire avant le 1er mai prochain, *délai de rigueur*, au secrétariat des Écoles d'enseignement supérieur à Alger. La durée des fonctions sera de six ans; le traitement annuel est de 2,000 francs plus le quart colonial, soit en tout 2,500.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 8 février 1883, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de première classe. — (Choix) : M. Bonnefoy (Charles-Joseph-Armand), médecin-major de deuxième classe au 2e régiment de zouaves, en remplacement de M. Luc retraité, — Est affecté au 15e régiment d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — 1er tour (ancienneté) : M. Georges (Marie-Émile), médecin aide-major de première classe au 2e régiment de spahis, en remplacement de M. Bonnefoy, promu. — Est affecté au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

— Par décret, en date du 8 février 1883, M. Termonia (Léon-Joseph-Théodore), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— Par décision ministérielle, en date du 8 février, M. Scovazzo (Scipion-Barthelémy), médecin-major de 1re classe au 15e régiment d'artillerie, a été désigné pour le 17e régiment d'infanterie. — M. Mulot (Désiré-Albert-Léopold), médecin-major de 2e classe au 6e régiment de cuirassiers, a été désigné pour le depôt du 32e régiment d'infanterie. — M. Bayard (Louis-Paul-Émile), médecin-major de 2e classe au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, a été désigné pour le 8e régiment d'infanterie.

LE SIXIÈME SENS. — A une séance récente de l'*Anthropological Institute* de Londres, M. F. Galton a présenté et expliqué plusieurs appareils imaginés par lui pour étudier le sens musculaire et les autres sens. Le principal consiste en une boîte contenant des poids disposés pour mesurer la sensibilité du sens musculaire.

Voici le principe sur lequel M. Galton s'appuie. Il emploie de faibles poids, numérotés 1, 2, 3, etc., et qui diffèrent par des variations également perceptibles, calculées suivant les lois de Weber. Si une personne A peut, par exemple, distinguer le poids 1 du poids 3, elle pourra distinguer aussi 2 de 4 et 3 de 5. Maintenant, on dira qu'une personne B aura un sens musculaire deux fois plus obtus que A, si elle ne distingue qu'une différence là où A en distingue deux.

En général, les nombres de degrés entre les poids que chacun peut distinguer ont été déterminés par l'expérience et ont donné la mesure de la sensibilité du sens musculaire.

Entre autres résultats, M. Galton cite les deux suivants qu'il considère encore comme provisoires. Le sens musculaire serait, en général, plus délicat chez les hommes que chez les femmes, et chez les hommes voués aux travaux intellectuels plus que chez les autres. Il n'y aurait pas d'exception pour les femmes nerveuses à un degré maladif. La sensation produite chez elles, par une excitation très faible, est douloureuse, mais la faculté de distinguer les différences n'est pas très développée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très précises). — Séance du vendredi 23 février 1883.

Ordre du jour. — M. Martineau : Du chancre non infectant du col de l'utérus. — Communications diverses.

ERRATUM. — Dans la liste des Pharmaciens de notre Almanach de 1883, il s'est glissé une erreur de composition qu'il importe de rectifier : les lettres en italiques : *Pharmacie de la Banque de France*, — *Poudre de Sarracenia purpurea*. — *Végétal anti-goutteux*, — doivent être appliquées à M. Natton, pharmacien, rue Coquillière, 35, et non à celui qui le précède sur la liste.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 13 et 20 février. — Le discours de M. Peter, commencé dans la dernière séance, a eu le don d'émouvoir les physiologistes, et va sans doute les faire entrer en ligne. Le débat s'élargit et s'allonge, et prépare des veilles sans nombre à ceux qui s'imposeront la tâche de le résumer.

M. Peter a débuté par une charge à fond contre les systèmes. A une maladie qui revêt des formes variées, il faut une médication multiple ; à la fièvre typhoïde du banquier ou de la femme du monde, à celle du paysan ou de la fille du peuple, ne saurait convenir un traitement univoque. C'est la pyrétologie des anciens que l'orateur fait passer devant nos yeux, en évoquant les formes ataxiques, putrides, inflammatoires, en nous rappelant à la médecine des indications qui semble aujourd'hui surannée, en nous exhortant à ne pas laisser péricliter entre nos mains cet héritage des grands hommes.

Le savant clinicien, après cet exorde, a dirigé une attaque vigoureuse contre l'hyperthermie et le rôle singulier qu'on lui attribue comme agent producteur des lésions organiques dans la fièvre typhoïde. Cl. Bernard plonge un moineau dans une étuve à 65°, sa température s'élève, il meurt ; à l'autopsie, les fibres musculaires sont rigides, la myéline est coagulée. « Mais il était cuit ! » s'écrie l'orateur. Comment osez-vous comparer l'influence d'un milieu chauffé à 65° au rôle que peut jouer la chaleur animale dans l'organisme vivant ?

Aux yeux du docteur Brand, le processus typhique ressemble de tous points à une fermentation. Or, la fermentation est enrayée par l'abaissement de la température ; il est donc bien naturel qu'en ôtant de la chaleur on arrête le processus

FEUILLETON

MORT DE SÉDILLOT.

Sédillot (Charles-Emmanuel), une des illustrations de la chirurgie française, vient de mourir à Sainte-Menehould où il s'était retiré depuis quelques années.

Né à Paris le 14 septembre 1804, et mort le 28 janvier 1883, il était donc dans sa 79e année. De la famille des Sédillot, qui ont tenu une si grande place dans la médecine de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, il était fils d'un orientaliste distingué, leur cousin germain, et contemporain lui-même de deux autres médecins, ses cousins, fils de Jean Sédillot, dit *le jeune*, dont l'un, Victor Amédée, fut nommé interne des hôpitaux au concours de 1815.

Élève de la Faculté de Paris, externe des hôpitaux en 1824, Charles Emmanuel Sédillot embrassa la médecine militaire la même année, ce qui l'empêcha probablement de concourir pour l'internat. Depuis cette époque jusqu'en 1841, il se partagea entre les écoles militaires et la Faculté de médecine de Paris. Chirurgien sous-aide-major en 1825, il est attaché à l'hôpital de Metz en 1826, revient au Val-de-Grâce en 1827, concourt pour la place d'aide d'anatomie, fait officieusement plusieurs cours d'anatomie normale et pathologique, et passe sa thèse de doctorat en 1829.

En 1831, il part en Pologne avec Malgaigne, pour soigner les blessés insurgés ; puis ils reviennent l'année suivante concourir tous deux, sans succès, à l'agrégation, où tous deux furent nommés en 1835, avec MM. Larrey, Lenoir et Huguier. Arrivé au grade d'aide-major en 1832, il est démonstrateur au Val-de-Grâce jusqu'en 1835, puis chirurgien-major et professeur à

typhique. Plaignez-vous, après un tel syllogisme, de ceux qui veulent appliquer la chimie à la médecine !

La clinique, néanmoins, juge autrement les faits. Elle se rappelle que, dans une fracture de la colonne cervicale, Brodie a vu le thermomètre s'élever rapidement à 42°. Comme « ce n'est pas la chaleur qui a produit la fracture », force est bien d'admettre que la fracture a lésé dans la moelle un centre nerveux dont l'irritation élève la température. En d'autres termes, c'est l'altération typhique du système nerveux qui ouvre la scène et produit la chaleur fébrile, mais celle-ci n'est pas la cause des altérations typhiques.

Cette première argumentation n'a pas séduit notre ami le docteur Laborde, qui, dans la *Tribune médicale* du 18 février, prend à cœur de défendre la physiologie un peu rudoyée par M. Peter. Celui-ci ne veut pas que, dans la fièvre typhoïde, on attribue les altérations des organes à l'hyperthermie, comme on peut, dans l'expérience de Cl. Bernard, attribuer la coagulation de la myéline à l'influence du milieu surchauffé. Il a dit, malheureusement, que « le moineau était cuit », et cela irrite le physiologiste, parce qu' « un morceau de chair séparé de l'organisme ne saurait être comparé à l'animal vivant, qui possède et met en jeu ses résistances fonctionnelles ». D'accord; mais notre collègue n'est-il pas bien sévère pour ce terme humoristique et ne visant pas à la précision absolue?

M. Peter est accusé de faire une hypothèse gratuite quand il attribue l'hyperthermie à l'irritation des centres nerveux, car les sections médullaires exécutées par les physiologistes font toujours baisser la température. Mais la fièvre typhoïde n'est pas une section médullaire, et l'altération typhique n'est pas forcée d'évoluer dans le même sens qu'une expérience de Cl. Bernard.

M. Laborde reproche à l'orateur d'avoir médit de la « fermentation ». Mais M. Peter n'a pas nié l'analogie qui peut exister entre la fermentation et les oxydations organiques, dont il n'a pas soufflé mot. Il a seulement prétendu que l'*idée simple* de Brand, son parallèle sommaire entre le processus typhique et l'orge qui fermente, est une absurdité ; n'avait-il pas raison ?

Cela dit, nous avouerons qu'en abordant aujourd'hui l'étude clinique de l'hydrothérapie dans la fièvre typhoïde, M. Peter se trouvait plus à l'aise et évoluait sur son véritable terrain. Il avait annoncé l'intention de dire « un peu de bien » de la

---

cette école en 1836. Après un concours malheureux pour la chaire de clinique chirurgicale, il est envoyé, l'année suivante, en Algérie et fait la campagne de Constantine. En 1841, il échoue de nouveau à Paris dans un concours pour la chaire de médecine opératoire, mais il se présente la même année pour la place de pathologie externe et de clinique chirurgicale vacante à la Faculté de Strasbourg, et l'emporte sur ses concurrents. Sa nomination, dès son arrivée, comme chirurgien en chef à l'hôpital militaire de cette ville, l'y fixa pour longtemps, et la manière remarquable dont il remplit ses fonctions le firent nommer, en 1850, médecin principal de 1re classe et directeur de l'école de santé militaire, puis en 1860, médecin-inspecteur. En 1863, il fut élevé au grade de commandeur de la Légion d'honneur. Il fut mis à la retraite en 1869. Après la cession de Strasbourg à l'Allemagne, on voulut lui donner une chaire à la nouvelle Faculté de Nancy, mais il n'en prit que le titre de professeur honoraire.

Ses importantes fonctions, à la Faculté et à l'hôpital de Strasbourg, jointes à une clientèle très étendue, n'empêchèrent pas M. Sédillot de produire un grand nombre de travaux sur la médecine opératoire et la thérapeutique chirurgicale. Ses recherches les plus originales concernent l'emploi des moufles et du dynamomètre dans la réduction des luxations, la création des fistules gastriques ou gastro-stomie, qu'il pratiqua le premier chez l'homme en 1849, les amputations à lambeaux, la désarticulation coxo-fémorale, l'anesthésie chirurgicale, la conservation du périoste dans les résections, diverses opérations de chirurgie réparatrice : staphylorrhaphie, rhinoplastie, uréthrotomie, etc. Il soutint aussi, avec beaucoup de talent, la théorie de la phlébite dans l'infection purulente, et ses travaux sur ce sujet sont restés classiques.

C'est à l'Institut que M. Sédillot fit ses plus nombreuses communications et donna les pré-

méthode réfrigérante, si malmenée par d'autres orateurs; il en a même dit beaucoup de bien, mais en repoussant avec vigueur son application systématique.

Ne voir dans la fièvre typhoïde que la fièvre, dans la fièvre ne voir que l'hyperthermie, c'est pour M. Peter une doctrine antimédicale. L'élévation thermique n'est pas tout le danger, l'eau froide n'agit pas seulement en abaissant la température. Cette médication, « merveilleuse quand on l'applique à propos », calme les agités aussi bien qu'elle relève les déprimés; l'ataxie et l'adynamie, le délire et la stupidité en sont également justiciables. Et ces résultats paradoxaux, Currie l'avait vu et proclamé, viennent de ce que l'hydrothérapie est « un équilibrateur du système nerveux ».

Il faut chercher l'indication de l'hydrothérapie, non dans la chaleur fébrile, mais dans l'ensemble des phénomènes cliniques, et surtout dans la gravité des désordres nerveux.

Sous quelle forme l'appliquer? Les lotions doivent suffire, si la perturbation nerveuse est peu intense. Les bains froids sont « une suprême ressource contre un suprême péril. »

Cette médication n'est pas inoffensive. Les accidents causés par la méthode aveugle et empirique de Brand, congestions, hémorrhagies, collapsus, syncopes, ne sont niés que par les naïfs ou par les imprudents.

Après la vogue passagère des médications systématiques, sulfure de mercure, saignées coup sur coup, purgatifs répétés, sulfate de quinine à dose « assommante », alcool, méthode de Brand, la médecine des indications survivra triomphante; « ars tota in *indicationibus.* »

M. Rochard, en montant à la tribune à cinq heures moins vingt minutes, après un long discours chaleureusement applaudi, se donnait volontairement une tâche ingrate; d'autant plus qu'il prenait la parole pour changer violemment le cours de nos idées en revenant aux questions d'hygiène et de prophylaxie. Mais M. Rochard est un charmeur à qui peu de minutes suffisent pour ramener son auditoire hésitant, le suspendre à ses lèvres et l'entraîner à sa suite. Calculer au tableau, chiffres en main, la valeur économique de l'homme dans la société, montrer ce que nous coûtent nos malades et nos morts, faire appel aux mesures d'hygiène en protestant contre le gaspillage de la vie humaine, voilà le thème développé par M. Rochard

---

misses de ses travaux. Depuis 1835, époque à laquelle il obtint une mention honorable pour des recherches sur les luxations, faites en commun avec Malgaigne, son inséparable d'alors, jusqu'en 1878, où il présenta encore à l'Académie des sciences un excellent résumé des travaux de M. Pasteur sur les microbes et de leur application à la chirurgie, on trouve le nom de M. Sédillot dans presque tous les volumes des comptes rendus. Aussi cette assiduité fut-elle remarquée et récompensée, le 16 mars 1846, par la nomination de M. Sédillot comme membre correspondant national, et en 1872 par celle de membre titulaire dans la section de médecine, en remplacement de Laugier. Il était, en outre, membre correspondant des Sociétés de biologie et de chirurgie, et associé national de l'Académie de médecine (1867). Indépendamment des nombreuses notes insérées dans les comptes rendus de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, dans le *Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, dans la *Gazette médicale de Strasboury*, et dont les plus importantes ont été réimprimées, en 1868, en 2 gros volumes. in-8°, sous le titre de *Contributions à la chirurgie*, M. C. Sédillot a encore publié d'autres travaux dont voici la nomenclature.

Sur le nerf pneumo-gastrique et ses fonctions, thèse de doctorat en médecine, 1829. — *Manuel de médecine légale*, 1re édit. 1830; 2e édit. 1836. Traduit en italien et en portugais.— *De la plique polonaise.* Paris, 1832. — *De la phlébite traumatique*, thèse d'agrégation en chirurgie. Paris, 1832. — *Des différentes méthodes de traitement des plaies et de leurs différents modes de cicatrisation*, thèse d'agrégation. Paris, 1835. — *Exposer les avantages et les inconvénients des amputations dans la continuité et dans la contiguïté des membres*, thèse de clinique chirurgicale. Paris, 1836. — *Relation de la campagne de Constantine* en 1837. Paris, 1838. — *De l'opération de l'empyème*, thèse du concours de médecine opératoire. Paris, 1841. — *Des kystes envisagés sous le point de vue de la pathologie et de la thérapeutique chirurgicales*, thèse pour le concours de pathologie externe et de clinique chirurgicale. Strasbourg,

avec une verve et un talent qui nous sont bien connus, et qui toujours éveillent la sympathie générale. — L.-G. R.

CHIRURGIE

TUMEUR FIBREUSE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — ABLATION. — GUÉRISON PERSISTANT CINQ ANNÉES APRÈS.

Par le docteur MARÉCHAL, professeur à l'École de médecine navale de Brest.

Chaussy (Jean), 19 ans 1/2, de Kermerrien-en-Lénon, canton de Pleyben (Finistère), le plus jeune de trois frères, tous bien portants, dont la mère a 48 ans et paraît jouir d'une bonne santé, ainsi que le père qui a 54 ans, m'est adressé par le docteur H. Leborgne, maire de Pleyben, le 10 mars 1877, pour une tumeur de la mâchoire inférieure, qui le gêne beaucoup. Diverses raisons nous font ajourner toute tentative opératoire. Le 20 septembre 1877, on constate que la tumeur a un peu augmenté superficiellement et assez notablement vers la bouche.

Elle a la dimension de deux gros marrons accolés et occupe tout le bord alvéolaire de la mâchoire, sans déborder toutefois son relief inférieur, est irrégulièrement et largement bosselée, et s'étend en plan incliné sous la langue presque jusqu'au frein, en imposant une saillie appréciable et une rigidité absolue au plancher buccal. Les tissus superficiels glissent sur la tumeur, mais, en s'étalant, perdent leurs méplats ordinaires et donnent à toute la région l'aspect globuleux et surbaissé du *menton de galoche*.

Derrière ce menton largement arrondi et proéminent, les branches maxillaires paraissent comprimées bi-latéralement, la gauche même un peu repoussée en dedans ; au lieu de l'arc parabolique normal, on trouve une sorte de rectangle dont les angles répondent aux canines, les quatre incisives étant rangées sur une même ligne transversale dressée perpendiculairement à l'axe des branches.

La tumeur semble donc avoir son siège exclusif dans la région incisive et avoir écarté, en les faisant plier, chaque branche maxillaire.

La muqueuse gingivale est rouge, tendue, mais non adhérente, un peu turgide et enfouissant presque les incisives à droite; *les dents* ont conservé leur aspect normal, sont blanches, transparentes et intactes à la fois dans leur teinte et leur solidité d'implantation, normales comme nombre (moins les dents de sagesse qui n'ont pas encore paru); leur intégrité au point de vue de la carie est complète, et il ne peut subsister aucun doute sur la régularité de leur évolution.

La langue est gênée dans ses mouvements, et la peine qu'elle a à se loger oblige le malade

---

1841. — *Traité de médecine opératoire, bandages et appareils*, 1839-1836 2e édit., 1853-1855. — 3e édit., 1865-1866. — 4e édit., avec M. Legouest, 1870. — *Recherches sur le cancer.* Strasbourg, 1846. — *De l'infection purulente ou pyohémie.* Paris, 1849. — *De l'insensibilité produite par le chloroforme et par l'éther*, 1848, 1850, 1852. — *De l'évidement sous-périosté des os.* Paris, 1860; 2e édition en 1867. Ce travail obtint à l'Institut, en 1867, le grand prix de chirurgie, partagé entre M. Sédillot et M. Ollier. — *Du relèvement de la France.* Paris, 1874. Ouvrage dicté par le plus sincère patriotisme.

Ceux qui ont connu M. Sédillot s'accordent à lui reconnaître une grande facilité d'élocution, une remarquable netteté d'exposition; c'était un travailleur infatigable et doué d'une puissance de travail surprenante, un clinicien habile, un savant modeste, honoré et estimé de tous.

Toute l'œuvre de Sédillot ne restera pas. Déjà son opinion sur l'anesthésie par le chloroforme, qu'il avait résumée sous forme d'aphorisme en disant : « le chloroforme pur ne tue jamais », a soulevé de nombreuses discussions; et la notion de l'état organique des malades tend à démontrer de plus en plus que la mort dans les anesthésies chirurgicales est indépendante le plus souvent de l'agent chimique et de son mode d'administration. Mais quelle que soit l'opinion qu'on ait plus tard sur les œuvres de Sédillot, leur valeur était, à juste titre, prisée très haut par ses pairs. Peut-être pourrait-on reprocher à son érudition d'être un peu factice, mais elle avait les défauts de l'érudition d'il y a cinquante ans; et pour la juger, il faut se reporter à l'époque où Sédillot écrivait ses thèses de concours et son *Traité de médecine opératoire*, à cette époque où la compétition était si ardente et où, dans la publication des ouvrages didactiques, chacun semblait avoir pour but non pas de faire mieux que les autres, mais de paraître avant eux.

à tenir habituellement la bouche entr'ouverte; dès qu'il parle, la salive s'écoule en nappe au dehors. Du reste, aucune douleur ni spontanée, ni à la pression, *ni au choc direct sur les dents.*

La palpation de la tumeur ne permet de découvrir nulle part le bruit de parchemin, de coquille d'œuf, si caractéristique des kystes à contenu liquide de cette région; aucun ganglion du voisinage n'est ni tuméfié, ni sensible.

L'état général est, du reste, satisfaisant.

Ne pouvant douter de l'existence d'une tumeur solide, probablement bénigne, mais en voie de progrès, je propose l'ablation immédiate de cette tumeur, ce qui est accepté; toutefois, prévoyant des chances de fracture du maxillaire et aussi peut-être la nécessité de prendre séance tenante le parti de réséquer le corps de la mâchoire, j'adressai le malade à notre habile dentiste-mécanicien, M. Etard-Lamy, afin qu'il prenne le moule et prépare un lien prothétique destiné à maintenir éventuellement l'écart normal des branches maxillaires pour permettre la formation d'un pont résistant, grâce au périoste que je comptais réserver à la partie inférieure et compacte du corps maxillaire.

En même temps, M. Etard-Lamy devait préparer : 1° un coin métallique modelé (dans l'écartement des mâchoires) sur les molaires, afin de bâillonner le patient en laissant toute la place possible à la langue déjà très gênée; 2° une gouttière métallique modelée sur la mâchoire inférieure et se reliant à l'aide de boutons saillants et par transfilage à une plaque sincipitale solide et garnie d'œillets à crochets.

De cette façon, et avec toutes les mesures prises pour éponger les liquides prêts à se déverser dans le pharynx, on devait pouvoir opérer à l'aise.

C'est, en effet, ce qui eut lieu; le malade fut anesthésié pour les premiers temps de l'op é ration; vers la fin, on le laissa se réveiller pour lui permettre de cracher et surtout de respirer plus librement. Il avait quelques difficultés à mouvoir convenablement sa langue volumineuse dont la tumeur envahissait l'emplacement normal.

Une incision elliptique, allongée transversalement tout autour de la sertissure gingivale des quatre incisives et de la canine droite, sur laquelle tombèrent deux autres incisions rectilignes et antéro-postérieures dans le plan médian, l'une en avant, allant jusqu'au fond de la gouttière vestibulaire, l'autre en arrière jusqu'au frein de la langue, permirent de séparer sans grand effort la muqueuse saine qui recouvrait la tumeur.

Un trait de scie vertical, facilité par l'extraction préalable de la canine droite et pénétrant jusqu'au-dessous de la région alvéolaire, isola toute sa masse de ce côté.

La scie fut ensuite glissée entre la canine gauche et l'incisive voisine et libéra la tumeur dans cette nouvelle direction.

Dès lors, il sembla qu'une mobilité légère pouvait être imprimée latéralement à la masse toujours immobilisée dans le plancher buccal; la saillie qu'elle formait en arrière du bord alvéolaire rendant les manœuvres d'énucléation incertaines, je me décidai à sectionner toute

---

Les obsèques de M. Sédillot ont eu lieu le 2 février au cimetière Montparnasse. Des députations de l'Institut, de l'Académie de médecine, de l'Ecole du Val-de-Grâce, de la Faculté de Nancy, sont venues rendre un dernier hommage à sa mémoire. Des discours prononcés par M. Gosselin, au nom de l'Institut, par M. le baron Larrey, par M. Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, par M. Lereboullet, ont retracé le rôle de M. Sédillot dans sa longue carrière, comme savant, comme professeur et comme ami.

L.-H. Petit.

Effets commerciaux du tunnel du Saint-Gothard. — D'après la *Continental Gazette*, l'ouverture du tunnel du Saint-Gothard est en train de modifier les rapports commerciaux avec une rapidité vraiment révolutionnaire. Jusqu'ici, l'Italie était isolée de l'Europe septentrionale par la formidable barrière des Alpes, et son commerce se bornait à des transactions avec l'Angleterre et la France. Le tunnel du Gothard la met en relations directes avec l'Allemagne, la Belgique, la Hollande.

Dans les deux premiers mois après l'ouverture du tunnel, les Allemands ont envoyé en Italie : 40,000 tonnes de charbon, 107 tonnes de fer brut, 14,000 tonnes de machines, 693 tonnes de cuivre, 17,409 tonnes de spiritueux, 1,446 tonnes de papier et 76 wagons de chemins de fer.

— M. le docteur Vallin, professeur au Val-de-Grâce, est nommé membre de la Commission des bibliothèques populaires pour l'année 1883.

la partie en relief, d'autant plus qu'aucun davier ne pouvait convenablement la saisir. Cela fait, je pus glisser un des mors d'un moyen davier à résection entre le bord droit de la tumeur et la branche maxillaire correspondante, et placer l'autre sur la partie la plus résistante qui avoisinait l'emplacement de la canine gauche; puis, après avoir resserré tous les liens unissant le maxillaire aux tuteurs qu'on lui avait préparés, j'imprimai lentement des mouvements en divers sens.

D'abord infructueux, cet ébranlement finit par me donner la sensation de plus en plus nette de la mobilité isolée de cette tumeur qu'un mouvement d'abaissement plus accentué que les autres libéra complètement de ses adhérences sous la langue, et je pus l'enlever en masse dans un dernier effort d'élévation.

Dès lors, le doigt promené sur le plancher buccal ne put découvrir sous la muqueuse rien autre chose que les éléments normaux de la région et le corps maxillaire resté intact, mais réduit à l'état de lame en gouttière très régulière, assez lisse, limitée par des bords, vestibulaire et lingual, tranchants, mais réguliers. La coupe des cloisons alvéolaires seules apparaissait un peu rugueuse, surtout dans sa partie la plus profonde où des adhérences par engrènement avaient dû céder violemment.

Je trouvai l'os jaunâtre, finement spongieux, mais résistant; je crus devoir me borner à enlever les couches superficielles avec une rugine annulaire qui me fournit des débris très menus, mais sains en apparence.

M'en référant aux avis de mes confrères, les docteurs Delattre, Cerfmayer, Duthoya de Kerlavorec et de mon ami le médecin principal Vauvray, je m'arrêtai, me réservant le soin d'intervenir si, après avoir levé la compression pour ce tissu longtemps gêné dans ses fonctions, il ne reprenait pas bientôt son aspect normal.

J'eus lieu de m'applaudir de cette réserve, car, après l'élimination de quelques lamelles superficielles très minces, le fond rosé de l'os apparut et dès les jours suivants se souda à la face profonde des lambeaux muqueux qui retombaient naturellement sur lui.

C'était un véritable pont osseux qui persistait entre les deux branches maxillaires, lame compacte dont j'avais craint un moment la fêlure, aplatie, épaisse à peine de 4 ou 5 millimètres, et formant la gouttière dont je viens de parler.

Comme pansement, je me bornai à un tampon d'ouate et à de fréquents lavages avec l'eau tiède vinaigrée. Aucun accident inflammatoire bien marqué n'entrava la guérison, qui fut complète un mois après; le pont osseux apparut alors comme doublé d'une couche fibreuse très dense, indolente, quoique sensible à la piqûre et même à la pression.

Le plancher buccal était redevenu très souple, la langue très libre, et la face avait repris son aspect normal, mais on retrouvait toujours le menton arrondi et les branches comprimées derrière lui.

M. Etard-Lamy, en reprenant le moule pour confectionner la pièce prothétique, a noté une légère dépression en dedans de la branche gauche dont les dents ne correspondent pas très exactement à celles de la mâchoire supérieure, et cependant, après l'opération, aucun signe de fracture n'a pu être relevé. L'inspection des dessins pris avant l'opération et après la guérison permet du reste de voir combien le changement est peu prononcé.

Examen histologique :

Analysée ensuite par le docteur Latteux, après durcissement graduel dans alcool faible, gomme, acide picrique, puis alcool absolu, et des coupes nombreuses pratiquées en diverses régions, la tumeur a été reconnue très homogène, partout constituée par un tisssu compact exempt d'éléments embryonnaires et se rapprochant, par le groupement intime des faisceaux plus ou moins volumineux de tissu conjonctif, de la structure que l'on observe d'ordinaire dans le tissu tendineux.

A un fort grossissement (objectif 7 à immersion de Nachet), on constate que la préparation est uniquement formée de tissus fibreux condensés en faisceaux accolés et séparés par des lacunes plus ou moins larges (espaces plasmatiques). Chaque faisceau laisse voir sur la coupe horizontale les cellules étoilées caractéristiques. On trouve à peine quelques vaisseaux.

Le diagnostic est donc : Fibrome pur, tumeur assez rare en cet état de simplicité et d'une bénignité presque certaine, que l'examen superficiel à la coupe avait permis de formuler à l'avance; la consistance, en effet, était uniforme et tout à fait analogue à celle de la gomme élastique.

Actuellement, décembre 1882, la guérison est encore parfaite.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 février 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bessette, président de l'Association médicale de la Charente, qui demande à l'Académie de vouloir bien ouvrir une souscription pour l'érection d'une statue à Bouillaud, l'un des membres les plus illustres et l'un des plus glorieux représentants de la médecine française au XIXe siècle.

2° Une lettre de M. Henri Roger, qui adresse une somme de cent francs pour sa participation personnelle à cette souscription.

3° Une lettre de candidature de M. le docteur Siredey, pour la section de pathologie médicale.

4° Une note sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur un régiment stationné dans le sud-ouest de la France, en 1881, par M. le docteur Doudet.

5° Un travail manuscrit, intitulé : *Abcès périnéphrétique; ponction exploratrice et incision à la région lombaire; drainage; guérison*, par M. le docteur Desmaraux d'Huriel.

6° Un tableau statistique des enfants du premier âge dans la commune de la Grande-Combe, par M. le docteur Sagnier.

7° Une note manuscrite de M. le docteur Bodard, sur l'alimentation artificielle des nouveau nés. (Présenté en séance par M. de Villiers.)

8° Un mémoire, avec planches à l'appui, sur le diagnostic des lésions valvulaires du cœur par la percussion, par M. le docteur Antoine Cros.

—

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de MM. les docteurs Laborde et Duquesnel, un volume intitulé : *Des aconits et de l'aconitine*, ouvrage qui a obtenu le prix Orfila.

M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Galippe, chef de son laboratoire à l'hôpital des cliniques : 1° un mémoire sur *la présence du cuivre dans les céréales, la farine, le pain et autres substances alimentaires*; — un autre mémoire sur *la présence du cuivre dans les extraits de quinquina.*

M. BERGERON présente, au nom de M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux) un rapport sur *les sanatoria maritimes pour les enfants lymphatiques, scrofuleux et rachitiques.*

M. PARROT présente, au nom de MM. les docteurs Lunier et Liouville, des *rapports sur l'hospice des Enfants-Assistés de Paris.*

M. Alfred FOURNIER présente, au nom de M. le docteur Turner, une brochure intitulée : *Etymologie du mot syphilis; les premiers livres publiés sur cette maladie jusqu'à l'apparition du poëme de Fracastor en* 1530.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. le docteur Apostoli, un appareil excitateur double de l'utérus.

M. LANCEREAUX offre en hommage une brochure intitulée : *Paralysies toxiques et syphilis cérébrale*, extrait des leçons faites à l'hôpital de la Pitié (année 1880), recueillies par M. le docteur L. Gautier (de Genève).

M. Léon COLIN (du Val-de-Grâce) présente, au nom de M. le docteur Libermann, médecin major de 1re classe, deux brochures intitulées : 1° *De la valeur des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, de leurs indications et contre-indications*; 2° *de l'influence des bains froids sur les complications laryngiennes de la fièvre typhoïde.*

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre associé national. La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Ollier (de Lyon) ; — en deuxième ligne, M. Parise (de Lille) ; — en troisième ligne, M. Denucé (de Bordeaux) ; — en quatrième ligne, M. Hergott (de Nancy) ; — en cinquième ligne, M. Debout (d'Orléans).

Le nombre des votants étant de 66, majorité 33, M. Ollier obtient 51 suffrages, M. Parise 9, M. Denucé 3, M. Hergott 2.

En conséquence, M. Ollier ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé national.

M. Proust donne lecture du rapport de la commission du concours Vulfranc Gerdy, qui a nommé M. Omont stagiaire de l'Académie aux eaux minérales.

M. le Président annonce que M. Willemain (de Vichy), membre correspondant, assiste à la séance.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde. — La parole est à M. Peter pour la continuation de son discours.

M. Peter se propose de parler de l'hydrothérapie froide appliquée au traitement de la fièvre typhoïde. Dans la dernière séance, il a montré comment d'abstraction en abstraction un médecin en était arrivé à ne voir dans la fièvre typhoïde que la fièvre, dans la fièvre que l'excès de chaleur et dans l'excès de chaleur le seul et unique danger de la maladie. Or, l'eau froide étant le moyen de combattre l'excès de chaleur, il en a tiré cette conséquence que le bain froid était le véritable remède de la fièvre en général et de la fièvre typhoïde en particulier. Théorie admirable et vraiment digne d'exciter l'enthousiasme d'un pompier !

Or, cette doctrine est absolument inexacte ; il n'est pas vrai que l'excès de chaleur constitue le suprême danger de la fièvre typhoïde et que la méthode réfrigérante n'agisse qu'en refroidissant le malade. Cette action de l'eau froide est bien autrement complexe et essentiellement dynamique.

Quelques exemples suffiront pour montrer que l'excès de chaleur ne constitue pas le péril dans la fièvre typhoïde.

M. Peter a reçu, dans son service de l'hôpital de la Charité, un jeune homme de 16 ans, entré le 23 décembre 1882. Dès le premier jour, on constatait chez lui une température de 40°5 le matin, de 41° à 42° le soir. Cette température élevée persista pendant douze jours. L'interne de M. Peter, M. Chauffard, qui a fait une thèse si remarquable sur la fièvre typhoïde, admirait comment ce jeune homme tolérait son hyperthermie, l'état général du malade ne paraissant pas être trop défavorablement influencé par cet excès de température. Et M. Peter expliquait le fait en disant que l'hyperthermie, chez ce jeune homme, était une simple manifestation d'un trouble particulier de son système nerveux, sans retentissement sur l'ensemble de l'état général.

En effet, la langue restait humide, les fonctions digestives étaient assez bien conservées ; la nuit, le malade dormait sans cauchemars ; le jour, il n'avait pas de délire, le pouls ne dépassait pas 104. Et voilà pourquoi ce jeune homme tolérait si bien son hyperthermie, celle-ci n'étant que la manifestation d'un simple trouble fonctionnel des centres nerveux.

A quelques jours de là, par le hasard singulier des coïncidences, à côté de ce premier malade venait prendre place un autre jeune homme du même âge, presque un enfant, car il était encore impubère et aurait pu figurer dans les chœurs des chantres de la Chapelle sixtine. Dès le premier jour de son entrée, il avait 40°,2, et pendant quatorze jours la température oscilla entre 40°, 40°,5 et 40°,8 centigr. Comme chez le premier, la langue resta humide, le sommeil bon, et le pouls n'excéda jamais de 100 à 104 pulsations.

Chez le premier, M. Peter a poussé l'audace thérapeutique jusqu'à lui prescrire de 45 à 50 centigrammes de sulfate de quinine par jour ; quant au second, il ne l'a pas traité autrement que par la... contemplation. Voilà donc deux cas qui démontrent péremptoirement que l'hyperthermie simple ne constitue pas le danger dans la fièvre typhoïde.

D'autre part, M. Peter espère arriver à faire comprendre que ce n'est pas en refroidissant le malade que l'hydrothérapie améliore la situation du fébricitant.

Il dirait volontiers, en procédant, lui aussi, par aphorismes : que l'action de l'eau froide est proportionnelle au besoin que le malade en éprouve, c'est-à-dire à l'intensité de la chaleur accumulée dans l'organisme ; que plus est intense le désordre du système nerveux, mieux l'hydrothérapie est tolérée ; qu'en un mot, pour s'exprimer en termes vulgaires, plus l'individu a chaud, mieux il supporte l'eau froide.

Il faut ajouter ceci, c'est que la médication par l'eau froide, d'une efficacité si merveilleuse, procède par des effets en apparence paradoxaux : elle calme les agités et relève, stimule les atones. Elle est aussi bien indiquée dans l'ataxie que dans l'adynamie, dans les cas de délire avec agitation bruyante que dans les cas de stupeur et de prostation complète ; c'est, en un mot, la médication par excellence, quand il s'agit de rétablir l'équilibre du système nerveux.

La théorie de l'action de l'eau froide a été très judicieusement conçue et exposée par un médecin anglais, Currie, dès 1797. Cet observateur éminent remarquait que les émissions sanguines, les vomitifs, les purgatifs, les sudorifiques, abaissent la température fébrile en déprimant les forces, tandis que l'eau froide, au contraire, tout en abaissant la température, au lieu de déprimer les forces de l'organisme, les soutient et les relève, qu'elle donne du *stimulus* au système nerveux.

Ainsi du premier coup, l'observateur anglais avait vu que l'hydrothérapie abaisse la tempé-

rature fébrile et qu'elle l'abaisse en relevant les forces de l'organisme. Il avait vu l'hydrothérapie en médecin, non en simple pompier. Par quel étrange mystère l'hydrothérapie, appliquée au traitement des fièvres, a-t-elle sommeillé pendant près de cent ans, sans éveiller l'indifférence de l'Angleterre elle-même qui, cependant, avait tout intérêt à revendiquer la gloire de cette découverte due à l'un de ses médecins les plus illustres ? M. Rufz de Lavison a donné l'explication de ce phénomène quand il a rappelé que la méthode des bains froids appliquée au traitement de la scarlatine, importée d'Angleterre en France, avait été promptement abandonnée à la suite de plusieurs cas de mort survenus après le bain froid.

En effet, cette médication réellement merveilleuse, quand elle est sagement appliquée, a ses indications et ses contre-indications.

Ainsi l'hydrothérapie exerce une action puissante; mais si elle diminue la température fébrile, ce n'est pas, si l'on ose ainsi dire, par la soustraction pure et simple du calorique ; une application qui dure à peine 15, 30, 45 secondes, et qui soustrait une quantité calorique infiniment petite, est souvent suivie d'une diminution notable de la température fébrile et d'une sensation de bien-être qui persiste pendant vingt-quatre heures, par suite de la modification favorable imprimée au système nerveux. Pourquoi donc, chez les malades dont il vient de parler, et dont la température était si élevée, M. Peter n'a-t-il pas employé l'hydrothérapie ? C'est que, pour lui, l'indication de cette médication n'est pas dans l'excès du calorique, mais dans l'ensemble des symptômes accusés par le malade.

L'hydrothérapie est indiquée dès que se manifestent des troubles nerveux graves et persistants : agitation, insomnie, délire, stupeur, etc., en un mot cet ensemble de phénomènes auxquels tous les auteurs se sont accordés à donner le nom de symptômes de malignité.

Indépendamment des symptômes de malignité, il en est un qui indique l'emploi de l'eau froide, c'est la chaleur de la peau combinée avec la sécheresse. Toutes les fois donc que la chaleur de la peau du malade fait éprouver à la main cette sensation de chaleur âcre et mordicante si caractéristique, l'hydrothérapie est indiquée, comme lorsqn'existent des troubles graves du système nerveux.

Pour la forme des applications, il faut proportionner le moyen à la gravité du danger. Si les désordres nerveux n'ont pas une intensité trop grande, on se contente de simples lotions froides. Mais il ne faut pas, encore une fois, tirer l'indication de la seule hyperthermie; il peut y avoir des cas très graves dans lesquels la température axillaire ne dépasse pas 39°.

Voici dans quelles conditions M. Peter pratique ses lotions froides :

Il a en ce moment dans son service une jeune femme qui, pendant douze jours, a eu un plateau dépassant 41 degrés; avec cela langue sèche, délire, agitation, stupeur. M. Peter n'a pas hésité à lui faire pratiquer, quatre fois par jour, des lotions froides sur tout le corps, avec du vinaigre à la température de la chambre. Ces lotions étaient faites rapidement par deux personnes placées de chaque côté du lit, et armées d'éponges imbibées de vinaigre qu'elles promenaient rapidement sur toute la surface du corps. Le tout durait à peine une minute à une minute et demie, après quoi la malade était enveloppée dans son lit.

Chez cette jeune femme, on a vu, après chaque lotion, une amélioration se produire très nettement dans son état; le bien-être qu'elle en éprouvait était tel qu'elle demandait, elle-même, la répétition de la lotion, ce qui n'est certes pas le cas pour le bain froid. En même temps que les lotions froides, M. Peter donne de 50 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine, en deux ou trois doses dans les vingt-quatre heures, et il alimente les malades dans les limites de leurs forces digestives et assimilatrices.

La jeune femme ainsi traitée a guéri sans accidents, malgré la gravité de son état.

Mais quand faut-il employer le bain froid ? Pour M. Peter, le bain froid constitue une suprême ressource pour un suprême danger. L'indication du bain froid, pas plus que celle des lotions froides, ne doit être tirée de la seule hyperthermie, mais de l'ensemble des phénomènes nerveux graves présentés par la malade.

Chez une malade dont la température était de 40°4, mais qui était tombée dans une adynamie profonde et une stupeur dont rien ne pouvait la faire sortir, avec langue sale, fuligineuse, ballonnement du ventre, diarrhée, insomnie, délire, etc., les lotions froides pratiquées quatre fois par jour s'étant montrées impuissantes, M. Peter a eu recours au bain froid. Il a fait plonger la malade dans un bain à la température de 18° C. où elle restée pendant cinq minutes. Du premier bain, elle est sortie aussi inconsciente qu'elle y était entrée; cependant une modification légère s'était déjà manifestée à la suite du bain; la température rectale marquait 40°2 au lieu de 40°4. Le soir, on recommença l'opération et, au sortir du bain, la malade était redevenue consciente, elle avait demandé à boire, et cependant la chaleur soustraite avait été à peine encore de 2 à 3 dixièmes de degré.

Le lendemain, elle fut baignée de nouveau et, après un troisième bain, l'état de la malade se trouvait si heureusement modifié que M. Peter crut devoir cesser dès lors l'emploi de ce

moyen. Il n'est pas douteux que, dans ce cas, le bain froid a fait à la malade un bien immense. Mais il était indiqué parce qu'il y avait véritable péril en la demeure et que les lotions avaient été impuissantes à rétablir l'équilibre du système nerveux, à lui donner le stimulus dont parle Currie. Ici les indications avaient été tirées de l'ensemble des conditions présentées par la malade, non du phénomène banal de l'hyperthermie.

Mais si la médication par l'eau froide à de merveilleux avantages, elle a aussi ses dangers. Il ne faut pas oublier, en effet, que ce puissant moyen n'agit qu'à la condition d'ébranler profondément le système nerveux, de le secouer, et cette secousse, ce choc, peut avoir pour effet soit de le soutenir ou de le relever, soit de le déprimer.

Les accidents produits par l'emploi aveugle de la médication systématique et empirique de Brand ne sont pas douteux. On a vu se produire des congestions, des hémorrhagies, des hypotermies, des collapsus, des syncopes.

Tout récemment encore, à Paris, entre les mains d'un médecin instruit, cependant, une jeune femme atteinte de fièvre typhoïde a été prise, en sortant d'un bain froid, d'un frisson violent produit par une double congestion pulmonaire à laquelle elle a succombé rapidement; on l'eût sauvée, peut-être, en lui pratiquant une saignée, mais la saignée est aujourd'hui complètement démodée et les médecins n'ont plus dans leurs trousses que des lancettes immaculées.

Des hémorrhagies mortelles, des épistaxis, des hémoptysies, des entérorrhagies ont été également observées chez des malades immédiatement après le bain, et par le fait de ce même moyen.

On a vu, enfin, des collapsus avec hypothermie, des syncopes mortelles produites dans le bain froid et l'on comprend, par là, quelle grave responsabilité incombe au médecin à qui on peut reprocher, non sans raison, d'avoir ainsi tué le malade.

Cette médication par l'eau froide, si réellement puissante, peut donc avoir des dangers réels. Il faut ne l'employer que sur des indications formelles et savoir toujours proportionner l'intensité des effets à l'intensité du maf.

Il n'est pas possible, suivant M. Peter, d'apprécier la valeur des bains froids d'après les statistiques allemandes, dans lesquelles sont compris, pêle-mêle, les cas de fièvre typhoïde avec les cas de fièvre éphémère, puisque, d'après les errements de la méthode, le bain froid est indiqué, dès le début, dès que le thermomètre marque 38°5 de température.

Mais en s'en rapportant aux statistiques françaises et particulièrement aux statistiques lyonnaises, dans lesquelles les cas sont parfaitement comparables, on voit, ainsi que l'a montré M. le docteur Bondet (de Lyon), que, dans une période de neuf années, à Lyon, dans les hôpitaux civils où la méthode était généralement appliquée, la mortalité de la fièvre typhoïde a été de 15 p. 100, tandis que dans les hôpitaux militaires où elle n'avait pas encore été mise en pratique, cette mortalité n'a été que de 13 p. 100. Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaires.

Mais on aura beau dire et beau faire, on ne parviendra pas à convaincre ni les médecins naïfs, ni les imprudents, ni les néophytes. Ceux-là ne croient pas aux accidents, aux dangers, jusqu'au jour où une cruelle expérience leur fait perdre à la fois leur malade, leurs illusions et leur réputation.

Six médications au moins, toutes aussi efficaces les unes que les autres, ont été préconisées et systématiquement employées contre la fièvre typhoïde :

Le sulfure noir de mercure;

Les émissions sanguines coup sur coup, suivant la formule de Bouillaud;

Les purgatifs employés quotidiennement, suivant la méthode de Delaroque;

Le sulfate de quinine à doses successives; l'alcool;

Enfin, les bains froids.

On voit d'ici l'embarras du néophyte qui, après avoir successivement employé toutes ces méthodes exclusives, finira par tomber dans le scepticisme le plus complet.

Ce qui doit ressortir de tous ces débats, c'est la nécessité d'en revenir à la médecine des indications malheureuses traitée de surannée et de caduque; *ars tota in indicationibus*.

De même que l'on devrait écrire sur la tombe de Grave, cette épitaphe : « Il nourrit les fiévreux »; de même que l'on devrait écrire sur celle de Currie : « Il baigna les fébricitants », de même M. Peter voudrait que l'on écrivît un jour, le plus tard possible, sur la sienne : « Il combattit la chimiatrie et les médications systématiques ».

En terminant, M. Peter déclare que s'il a pris la parole, ce n'est pas seulement pour combattre la méthode de Brand; il a visé plus haut et plus loin; il a voulu s'élever contre les tendances de la médecine de nos jours vers les errements de la chimiatrie, et surtout, adjurer la médecine française de rester la médecine du sens commun. (Applaudissements.)

M. Jules ROCHARD désire revenir exclusivement sur la question d'hygiène qu'il a déjà abordée dans le courant du mois de novembre de l'année dernière.

Pour montrer toute l'importance de cette question, il cite les chiffres suivants :

En 1882, il y a eu, dans la ville de Paris, 3,276 décès causés par la fièvre typhoïde ; sur ce nombre, 1,449 ont eu lieu dans les hôpitaux et 1,829 à domicile ; en 1881, la même maladie n'avait fait que 2,120 victimes (1,156 de moins).

La mortalité générale a été de 59,674 en 1882, de 56,820 en 1881 (2,654 de moins). La mortalité est donc maintenant, à Paris, de 26,55 pour 1,000 ; il y a dix ans, elle oscillait entre 21 et 23 pour 1,000, et elle va sans cesse en augmentant.

Pour en revenir à la fièvre typhoïde, les 1,449 décès causés dans les hôpitaux par la fièvre typhoïde correspondent à 9,361 entrées, ce qui fait 15,47 pour 100. C'est la moyenne générale que l'on retrouve un peu partout, quand on prend les mêmes bases de calcul.

Dans les statistiques des hôpitaux de la marine, M. Rochard avait trouvé une moyenne de plus de 22 pour 100, mais, comme dans les chiffres analogues relatifs à l'armée, il faut voir le résultat de diagnostics posés à l'entrée et non ratifiés postérieurement. Pour trouver le total des fièvres typhoïdes traitées, il faut y joindre les fièvres continues, fièvres muqueuses, etc.

En adoptant donc pour la ville une moyenne de mortalité égale à celle des hôpitaux, on trouve un chiffre de 11,830 malades probables. D'après ces bases, M. Rochard établit le bilan des sommes perdues pour la fortune publique.

Le séjour à l'hôpital des malades qui y ont été traités représente 240,083 journées à 3 fr. 60, total : 744,257 fr. 30 pour la part contributive de la ville de Paris. Si l'on ajoute à cette somme 1 million 187,120 francs, pour les journées perdues durant la convalescence des malades guéris (ce qui n'évalue qu'à 2 francs le prix d'une journée de travail), on trouve, pour les malades traités dans les hôpitaux, une dépense totale de 1,871,570 fr. 30 c.

Par un calcul analogue, on arrive à un total de 4,231,727 pour les malades traités en ville et guéris. Reste à évaluer le prix des morts.

M. Rochard proteste contre toute interprétation malveillante de sa pensée. Les hommes ont une valeur, puisque l'on peut assurer cette valeur. D'ailleurs ils n'arrivent pas à l'âge du travail sans avoir coûté beaucoup de frais de nourriture, d'entretien, d'éducation.

M. Rochard a calculé que cette valeur représente une moyenne de 12,000 francs par tête pour un adulte de 20 ans. En réduisant de moitié cette somme, en évaluant le prix de chaque individu à un capital de 6,000 francs seulement, on trouve, pour les 3,276 morts de l'année 1882, un capital perdu de 19 millions 656,000 francs, qui, ajouté aux frais de maladie, forme un total de 23,487,727 francs pour cette année, et pour la ville de Paris seulement.

Or, ce n'est pas tout; en même temps que la mortalité par fièvre typhoïde, la mortalité générale produite par l'ensemble de toutes les maladies s'est accrue proportionnellement. On pouvait donc la diminuer proportionnellement par les mesures d'hygiène que l'on prendrait à l'occasion de la fièvre typhoïde. Supposons qu'on la ramène à la proportion qu'elle avait, il y a dix ans, ce serait par an une économie de 11,182 décès, représentant une valeur de 67,092,000 francs par an. Diminuons même ce chiffre de moitié, il resterait encore 33,545,000 francs que l'on pourrait économiser par an, c'est-à-dire un capital de 670 millions 920,000 francs.

En conséquence, M. Rochard conjure l'Académie de voter les mesures d'hygiène qu'il lui a déjà proposées au mois de novembre de l'année dernière, et qui peuvent conduire à un résultat.

— La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

LA *Gazette médicale de Picardie* ET L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SOMME.

La Société médicale d'Amiens vient de créer un journal mensuel, la *Gazette médicale de Picardie*. Elle a décidé généreusement de distribuer gratuitement cette publication, non seulement à ses membres, mais de plus à ceux de l'Association de prévoyance des médecins du département de la Somme, et aux autres médecins habitant la région, mais qui ne sont pas agrégés à l'Association.

Cette tentative généreuse mérite d'être signalée. Elle fera connaître les bienfaits de l'Association à ceux qui doutent encore, malgré les grands résultats déjà obtenus. Elle décidera les hésitants et montrera aux plus hostiles ce que le corps médical peut faire quand il fait acte de volonté et de persévérance.

Espérons donc que cette tentative de propagande désintéressée obtiendra la récompense

qu'elle mérite, c'est-à-dire de nouvelles adhésions à l'Association locale de la Somme et des départements voisins. Nous exprimons donc nos vœux sincères de bienvenue au nouveau journal et à ses distingués rédacteurs, tous membres de la Société médicale d'Amiens. Et maintenant puisse le corps médical de la Somme répondre à cet appel et Esculape donner à cette œuvre de longs et heureux jours! Ch. ELOY.

COURRIER

SOUSCRIPTION POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE AU PROFESSEUR BOUILLAUD. — Nous considérons comme un devoir de nous unir aux généreuses intentions des médecins de la Charente pour honorer dignement la mémoire de Bouillaud, une des grandes figures de la médecine française contemporaine, le dernier survivant de la magnifique pléiade qui a illustré l'Ecole de Paris dans la première moitié du XIXe siècle. L'enseignement et les écrits de Bouillaud ont eu un retentissement considérable à l'étranger comme en France. Les médecins de la Charente, presque tous ses élèves, en lui élevant une statue, auront acquitté une dette, dans laquelle tout le Corps médical de France est intéressé avec eux, et ils auront la satisfaction de voir et de conserver au milieu d'eux le maître vénéré. C'est avec empressement que nous mettons sous les yeux de nos confrères la lettre que nous recevons du président et du secrétaire de l'Association des médecins de la Charente.

« Angoulème, le 10 février 1883.

« Monsieur et très honoré collègue,

« La souscription ouverte par l'Association des médecins de la Charente pour élever un buste à notre savant maître le professeur Bouillaud, a donné un résultat si favorable que nous avons décidé de la continuer pour ériger une statue à notre illustre compatriote.

« A cet effet, nous avons résolu de nous adresser à tous nos confrères de France, et dans ce but nous venons faire appel à votre bienveillance habituelle et nous vous prions de vouloir bien nous prêter la publicité de votre journal, en y ouvrant une souscription.

« Recevez, Monsieur le rédacteur en chef, avec nos remerciements, l'expression de nos sentiments confraternels.

« *Le Président de l'Association des médecins de la Charente*,
LA BESSETTE.

« *Le secrétaire*, Dr H. NADAUD. »

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Concours spécial pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 22 mars 1883, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 20 février 1883, et sera clos définitivement le mercredi 7 mars, à trois heures.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de Karl Sigmund, décédé à Padoue le 1er février 1883. Cet illustre syphiliographe, né en Transylvanie le 27 août 1810, d'abord chirurgien hygiéniste, voire même polyglotte distingué, etc, fut une des illustrations de la Faculté de médecine de Vienne.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du samedi 24 février 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Rétrécissement mitral et insuffisance aortique combinés, sans autre lésion valvulaire, par M. Duroziez. — 2° Luxation de la phalange par M. Thorens. — 3° Communications dtverses.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DES EFFETS ANTITHERMIQUES

DU SULFATE DE QUININE ET DU SALICYLATE DE SOUDE ADMINISTRÉS CONCURREMMENT DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1),

Par le docteur F. SOREL, membre correspondant.

II

Voyons quels sont les changements apportés, soit au tracé des températures, soit à l'état fébrile lui-même par la médication instituée telle qu'il vient d'être dit, et quelle est son action sur la marche de la maladie.

A. TRACÉ DES TEMPÉRATURES. — Le tracé décomposé en ses éléments, on remarque les modifications suivantes sur les feuilles des températures :

1° L'*horizontalité de la ligne thermique* résultant de l'égalisation des températures du soir et du matin, devenues presque identiques. C'est là un effet minimum obtenu surtout quand la médication est faible, ou quand plus forte elle se trouve en présence d'un état fébrile difficilement réductible.

2° L'*inversion du tracé* provenant du changement des rapports entre les maxima qui se constatent le matin et les minima qui se produisent le soir par suite de l'abaissement des températures vespérales sous l'influence de la médication. L'inversion est plus ou moins totale, suivant que la chute du soir est plus ou moins voisine de l'apyrexie.

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 février.

FEUILLETON

CAUSERIES.

Les diverses formes de l'ivrognerie. — Extension du morphinisme. — Extension des frontières de la folie. — La mère de Menesclou.

Adam fut, comme on le sait, la première victime de la méthode expérimentale. Il apprit à ses dépens les propriétés de l'arbre de la science du bien et du mal. La seconde, si je ne me trompe, fut Noé. C'est à lui que l'on doit de connaître les vertus stupéfiantes du jus de la vigne. Depuis le déluge (j'y suis arrivé), les désespérés de toute sorte ont dû avoir recours au vin ou à son dérivé l'alcool, pour noyer leurs peines physiques et leurs chagrins. Quand la mode de l'alcool fut un peu passée, et je n'en connais pas qui ai duré si longtemps, on songea à autre chose. Je ne parle pas des liqueurs fortes, qui sont encore de l'alcool, aussi bien la chartreuse que le gin et le whisky; ce furent là des manières de rajeunir la mode, mais c'était toujours le même fond. La mode s'est portée depuis quelques années sur l'éther qui, à un moment donné, fit fureur dans une petite ville d'Albion, à tel point qu'à plusieurs kilomètres de cette ville, l'odeur était si forte qu'elle suffisait à orienter les voyageurs pendant la nuit. A Paris, l'éther n'eut pas beaucoup de succès; néanmoins, un pharmacien de mes amis m'a affirmé qu'il avait dans sa clientèle plusieurs dames qui venaient elles-mêmes tous les jours faire remplir une bouteille de 150 à 200 grammes chez lui, et leur état d'hébétude suffisait pour indiquer à quel usage elles employaient leur éther.

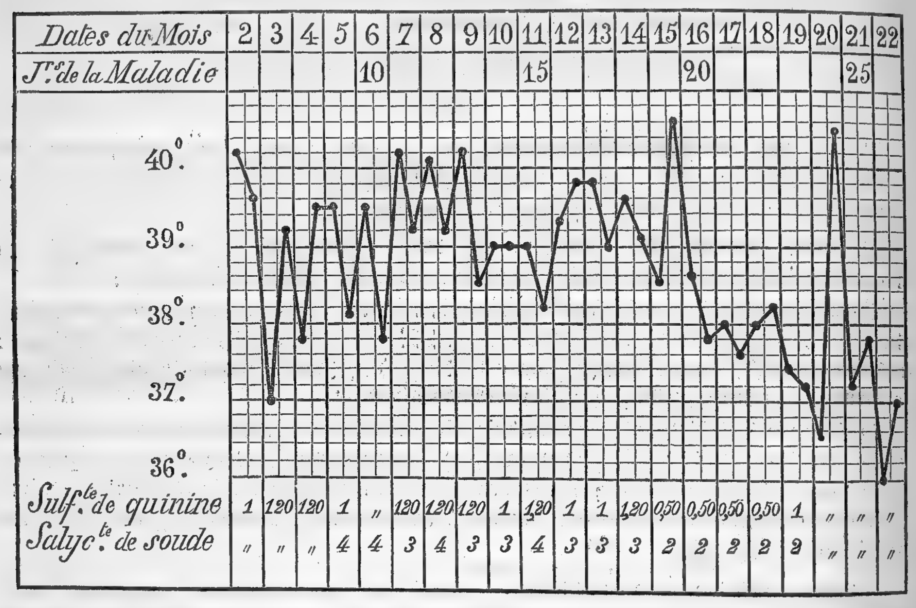
3° L'*abaissement continu de la ligne thermique* qui résulte de la diminution des températures du soir sur celles du matin, suivi de l'abaissement de celles du lendemain par rapport à la veille.

Un autre mode dans l'administration des médicaments donnerait des résultats sensiblement différents, et en espaçant les doses de salicylate de soude jusque dans la nuit, on agirait moins sur les températures vespérales et davantage sur celles du matin.

Les divers effets de la médication quinino-salicylée, que je viens d'énumérer, se trouvent combinés par fragments dans les divers tracés, et leur agencement variable sera en rapport soit avec les doses des médicaments, soit avec le degré de la résistance fébrile offerte par les malades.

Voici une observation où les différents effets se trouvent réunis :

Obs. I. — L... (Maximilien), 23 ans, caporal au 43e de ligne, dans sa deuxième année de



D'ailleurs, le progrès, qui marche si vite depuis un siècle, a fourni à ceux qui se contentaient autrefois des alcooliques pour s'étourdir, un agent bien plus commode : c'est l'opium, qui a légué ses qualités à une de ses filles, la morphine. Ce que ce poison fait de victimes en Amérique et en Allemagne est incroyable. Chez nous on ne fume pas l'opium comme en Chine ; on se contente de l'avaler. Les bonbonnières du siècle dernier, avec leur couvercle garni de perles et de fines miniatures, les tabatières du chevalier, du marquis, ornées du portrait de la dame de leurs pensées, sont remplacées maintenant par ces petites boîtes rondes en carton, noires, bleues, vertes, que vous connaissez bien, et qui portent sur une de leurs faces : « Pilules selon la formule. » On prend maintenant sa pilule d'opium comme autrefois une dragée. D'autres, plus raffinés, préfèrent le laudanum ; ils en mettent partout : après le repas, ils en versent dans leur café, au lieu d'eau-de-vie ; dans la journée, c'est un grog au laudanum.

*
* *

Mais la forme la plus à la mode est sans contredit l'injection sous-cutanée de morphine. M. le docteur Paul Landowski nous a raconté au Congrès de la Rochelle comment les choses se passent en France. Plus récemment, M. le docteur Zambaco, dans l'*Encéphale* d'octobre dernier, nous montrait qu'il en était à peu près de même à Constantinople. Les *théraquis* y sont communs ; ils ne fument pas non plus l'opium, mais le prennent en pilules qu'ils préparent eux-mêmes. La seringue va détrôner la pilule, et bientôt ce ne sera plus à l'opium que l'Oriental demandera cet état de béatitude terrestre, de paresse voluptueuse qui lui faisait entrevoir par anticipation les extases du paradis promis par Mahomet, mais à l'injection de morphine.

service, première d'Algérie, entre à l'hôpital le 2 octobre 1881, au sixième jour de maladie. Fièvre typhoïde grave; taches rosées papuleuses; éruption de sudamina et de miliaire. Apyrexie au vingt-sixième jour. Dysentérie pendant la convalescence.

Dans ce cas, l'inversion du tracé domine au début, et la défervescence se fait par descentes à peu près continues. Deux élévations notables se produisent, l'une le 15 octobre quand la médication est atténuée, l'autre le 20 octobre, jour où elle est supprimée.

Dans certains cas, surtout dans ceux où la maladie se termine en quatorze ou seize jours, une des modifications énumérées devient complètement prédominante; voici quelques exemples à ce sujet.

Les deux observations suivantes nous montrent la prédominance de l'horizontalité du tracé :

Obs. II. — B... (Maurice), 22 ans, jeune soldat au 45e de ligne, récemment arrivé en Algérie, entre à l'hôpital le 13 octobre 1881, au quatrième jour de maladie. Fièvre typhoïde sans gravité. Taches rosées. Apyrexie au quatorzième jour.

Octobre	13...	» ...	39,5	Octobre	19...	38,8 ...	39,2
—	14...	38,8 ...	39,0	—	20...	37,8 ...	38,2
—	15...	39,2 ...	39,2	—	21...	38,0 ...	38,8
—	16...	39,0 ...	38,8	—	22...	37,8 ...	37,8
—	17...	38,8 ...	39,1	—	23...	36,8 ...	37,2
—	18...	38,8 ...	39,5	—	24...	36,8 ...	37,4

La médication a consisté en 1 gr. de sulfate de quinine et 4 gr. de salicylate de soude les premiers jours et 0 gr. 50 de sulfate de quinine et 2 gr. de salicylate de soude du 17 au 23 octobre inclus.

Obs. III. — C... (Ernest), 22 ans, soldat au 47e de ligne, récemment arrivé en Algérie, entre à l'hôpital le 10 octobre 1881, au huitième jour de maladie. Fièvre typhoïde de moyenne intensité; langue sèche et diarrhée abondante au début. Taches rosées nombreuses naissant par poussées successives jusqu'au moment de la défervescence qui a lieu brusquement, du matin au soir, le quatorzième jour.

Octobre	10...	40,2 ...	41,0	Octobre	15...	39,0 ...	38,6
—	11...	39,0 ...	39,2	—	16...	38,2 ...	36,2
—	12...	38,8 ...	38,6	—	17...	36,7 ...	37,1
—	13...	39,0 ...	38,2	—	18...	36,4 ...	36,6
—	14...	38,7 ...	38,8				

« J'ai souvent vu, dit M. Zambaco, des gens du monde en possession d'un arsenal de petits instruments à injection et qui avaient toujours à leur disposition, grâce à leur médecin, une solution de morphine capable de les empoisonner! Des dames même, appartenant à la classe des plus élégantes, poussent leur bon goût jusqu'à se faire faire des bijoux recélant une seringue mignonne, et des flacons artistiques destinés à contenir la liqueur enchanteresse. Au théâtre, dans le monde, elles s'esquivent un instant, ou bien elles épient le moment favorable de faire joujou, en s'injectant sur une partie visible de leur corps, ou bien soustraite aux regards, une injection morphinée. »

Ce tableau ressemble beaucoup à celui que nous a détaillé M. Landowski; bijoux nouveaux, seringues mignonnes, gestes plus ou moins gracieux consistant à manier l'instrument avec trois doigts en soulevant imperceptiblement le bord de la jupe, tout y est. Ce qui prouve que les femmes sont partout les mêmes, et que pour elles tout est prétexte à coquetterie; notion qui se retrouve d'ailleurs dans les inscriptions déchiffrées sur les plus anciens monuments de la civilisation asiatique. Eve, se trouvant nue, fit la coquette avec une pomme. *Nil novi sub sole.* Ce qu'il y a de nouveau, ce sont les moyens.

Vous rappelez-vous avoir vu, il y a deux mois, en allant faire vos emplettes pour cadeaux à Noël et au jour de l'an, dans les magasins de *petits riens* dits articles de Paris, des espèces de petits sacs en peluche de toute couleur, en peau de requin, garnis d'acier argenté ou doré, et contenant un ou deux petits flacons en cristal? Je me suis demandé alors à quoi pouvaient bien servir ces inutilités. Je me réponds maintenant: à mettre de la morphine, et je crois être dans le vrai. Le mal est d'ailleurs tellement répandu maintenant dans notre bonne ville de Paris même, qu'il a pu entrer, comme trait de mœurs actuel, dans un roman en cours de publica-

Médication. — Sulfate de quinine, 1 gr. 20 le 10 octobre ; 1 gr. avec 1 gr. de salicylate de soude les 11, 12 et 13 ; sulfate de quinine, 0 gr. 50 et salicylate de soude 2 gr. les 14, 15 et 16 octobre.

On remarque ici un effet très fréquent de la médication qui consiste dans un abaissement très notable de la température dès le second jour, suivi d'oscillations plus modérées. Je ne saurais attribuer la défervescence brusque à la médication ; c'est là un de ces faits sur lesquels le professeur Jaccoud a si bien attiré l'attention et que j'ai observé plusieurs fois en dehors du traitement actuel.

Dans deux autres observations que voici, l'évolution fébrile est marquée par la descente continue de la ligne des températures :

Obs. IV. — T... (Alexandre), 26 ans, sous-officier au 3e régiment de tirailleurs algériens, dans sa cinquième année de service et d'Algérie, ayant eu des accès de fièvre tellurique en 1879 et 1880, entre à l'hôpital le 1er octobre 1881, au quatrième jour de maladie. Fièvre typhoïde de moyenne intensité ; taches rosées peu abondantes devenant papuleuses ; apyrexie au quatorzième jour.

Octobre	1...	40,2 ...	40,8	Octobre	8...	38,5 ...	38,4
—	2...	39,4 ...	40,0	—	9...	38,2 ...	37,6
—	3...	39,0 ...	39,8	—	10...	38,2 ...	39,1
—	4...	39,4 ...	38,8	—	11...	38,5 ...	37,3
—	5...	38,8 ...	38,6	—	12...	37,2 ...	37,0
—	6...	38,5 ...	38,4	—	13...	37,2 ...	37,5
—	7...	38,6 ...	38,2	—	14...	37,2 ...	37,4

Médication. — Sulfate de quinine, 1 gr., et salicylate de soude 2 gr., du 1er au 9 octobre. Suspension le 10, la température se relève. Reprise de la médication les 11 et 12 octobre.

Le 28 octobre, au dix-septième jour de la convalescence, *rechute* avec apparition de taches rosées ; apyrexie au septième jour. Mêmes caractères du tracé sous l'influence de la médication.

Obs. V. — R... (Jules), 24 ans, secrétaire d'état-major, dans sa deuxième année de service, première d'Algérie, entre à l'hôpital le 18 octobre 1881, au troisième jour de maladie. Fièvre typhoïde modérée ; taches rosées ; apyrexie du treizième au quatorzième jour.

---

tion. M. Alphonse Daudet dit en effet dans l'*Évangéliste* (*Figaro*, 31 décembre 1882), en parlant d'une dame dont le mari est mort d'une chute de cheval : « Elle n'a pu s'en consoler; seulement, elle, pour oublier, elle a ses figures;..... oui, elle est devenue....., comment dit-on?..... morphiomane..... toute une société comme ça..... Quand elles se réunissent, chacune de ces dames apporte son petit étui d'argent, avec l'aiguille, le poison.... et puis, crac! dans la jambe..... Ça n'endort pas, mais on est bien..... Malheureusement, l'effet s'use chaque fois, et il faut augmenter la dose. » — C'est absolument cela ; seulement j'aurais voulu savoir si le petit sac y était.

***

Comment vient cette habitude ? Mon Dieu... comme toutes les habitudes. Un jour vous avez une névralgie, vous envoyez chercher votre médecin ; il vous fait une injection de morphine et vous êtes calmé. Mais la douleur revient, vous redemandez votre médecin ; nouvelle injection ; nouveau calme ; nouveau retour de la douleur, puis du médecin et de la morphine. Un jour le médecin ne peut venir, et cependant vous souffrez beaucoup. Alors vous priez le médecin de vous laisser sa seringue. « Docteur, je me ferai bien cela moi-même, c'est si simple ! » Le docteur consent. Dès que la douleur revient, vous recommencez, c'est si simple ! Mais bientôt, aidé toujours par cette simplicité, vous arrivez à ce raisonnement tout aussi simple : « Pourquoi attendre que la douleur vienne ? » Et alors, au moindre élancement, crac ! comme dit M. Daudet, dans la jambe... ou ailleurs. Une fois que vous en êtes arrivé là, vous êtes pris par l'habitude. La morphine est aussi tenace que le tabac et que l'alcool. Si personne n'est là pour vous retenir, si votre volonté est impuissante, vous voilà morphiomane pour jusqu'à la fin de vos jours !

Et comme le prosélytisme est facile en morphiomanie ! Dans votre entourage, vous avez

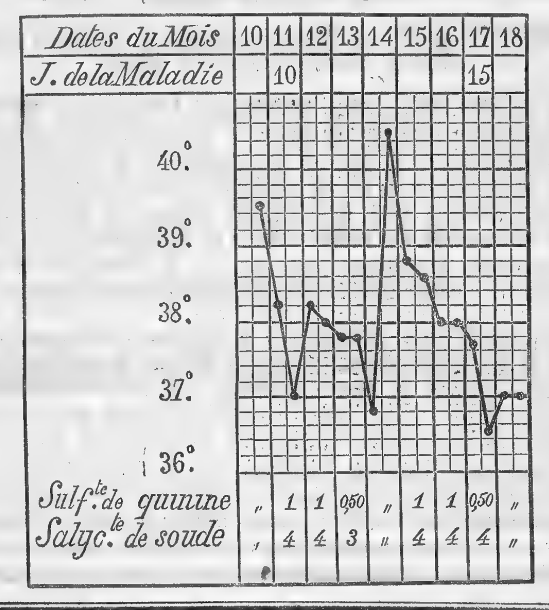
Octobre	18...	» ...	40,4
—	19...	38,8 ...	39,6
—	20...	39,3 ...	38,8
—	21...	39,5 ...	38,2
—	22...	38,8 ...	38,6
—	23...	38,4 ...	38,2
—	24...	39,0 ...	37,8
Octobre	25...	38,6 ...	37,5
—	26...	38,6 ...	37,8
—	27...	37,6 ...	37,4
—	28...	37,6 ...	37,5
—	29...	37,0 ...	36,8
—	30...	36,8 ...	36,8

Médication. — Sulfate de quinine, 1 gr., du 18 au 21 octobre; 0 gr. 50 les 22 et 23; 1 gr. le 24; 0,50 les 25, 26 et 27. Salicylate de soude, 3 gr. les 19, 20 et 21; 3 gr. les 22 et 23; 4 gr. le 24; 3 gr. le 25; 2 gr. les 26 et 27 octobre.

Le tracé est descendant, continu dans son ensemble, tout en présentant des inversions partielles par suite d'un léger relèvement des températures du matin.

L'obliquité du tracé peut être très prononcée et temporaire. Dans l'observation qui suit, ce genre d'effet comprend la durée de la maladie.

Obs. VI. — B... (Eugène), 23 ans, soldat au 2e de ligne, dans sa deuxième année de ser-



parlé de ce bien-être que vous éprouvez après chaque injection, du découragement qui survient quand l'effet de la morphine disparaît, de l'activité qui renaît après une nouvelle injection. Tel de vos amis, qui souffre sans le dire; tel autre, que ronge un chagrin caché, pense en lui-même : « Si j'essayais ? » Et il essaye; et comme la morphine engourdit le mal en excitant l'esprit, voilà de nouveaux convertis. Car la morphine, paraît-il, calme tout : les rhumatismes, les névralgies, le mal de dents, les peines du cœur... Que sais-je ? Dans quel coin de la classe aisée ne trouve-t-on pas maintenant un morphiomane ?

A table, ce causeur, tout à l'heure si brillant, s'alourdit peu à peu, son regard se ternit, il va s'endormir; vite, une injection; vous voyez à peine le mouvement rapide qu'il vient de faire sous sa serviette; bientôt, son regard s'anime; son interlocuteur se tait; lui, reprend le dé de la conversation et la soutient avec la même verve que tout à l'heure. Au théâtre, cette actrice, si applaudie d'habitude, a l'air aujourd'hui d'une somnambule; son regard est tourné constamment vers les coulisses : elle a oublié sa seringue ! et sa femme de chambre qu'elle a envoyé la chercher, ne revient pas ! Quelle angoisse pour le directeur et pour elle ! Va-t-il falloir baisser le rideau ? Heureusement la morphine arrive ! Tout sert alors de prétexte; un jeu de scène, une fausse sortie amène la pauvre désolée jusqu'à la coulisse, et d'un geste rapide elle saisit la seringue toute chargée et s'enfonce l'aiguille n'importe où !

Cette jolie femme, que vous admiriez tout à l'heure dans son salon, allant d'un groupe à l'autre, souriant à ses amis du jour comme à ceux de la veille, disant à tous un mot gracieux, a tout à coup des gestes comme égarés; son teint pâlit, ses yeux se creusent, se cernent de noir; ses mains agitées, son regard inquiet semblent chercher quelque chose. On s'empresse ! « une syncope !... des sels ! » Personne n'en a, tout le monde a maintenant remplacé le flacon

vice, première d'Algérie, entre à l'hôpital le 10 janvier 1882, au neuvième jour de maladie. Fièvre typhoïde sans gravité; taches rosées devenant papuleuses; apyrexie au seizième jour.

Le 28 janvier, en pleine convalescence, survient une pleurésie à gauche, avec faible épanchement sur lequel la pilocarpine reste sans action comme dans les autres cas où je l'ai employée. Plus tard, le 21 février, érysipèle de la face avec phlegmon des paupières à droite.

La médication ayant été suspendue le 14 janvier, aussitôt la température se relève, mais cède, suivant un abaissement continu de la ligne thermique, aussitôt qu'on la reprend.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

PATHOGÉNIE DES KYSTES DE L'IRIS; LEUR PRODUCTION ARTIFICIELLE PAR DES GREFFES DE LAMBEAUX DE CORNÉE SUR LA MEMBRANE IRIENNE.

Note de M. le professeur E. Masse, de Bordeaux, présentée par M. le professeur Vulpian, dans la séance du 15 janvier 1883.

Dans une note du 28 mars 1881, j'avais communiqué à l'Académie des sciences une série d'expériences qui consistaient à greffer sur l'iris des lapins, de petit lambeaux de conjonctive et de peau, et j'avais montré qu'à la suite de ces greffes on voyait se développer sur l'iris, soit des tumeurs épithéliales perlées, soit de véritables kystes. Dans de nouvelles expériences, j'ai pu réussir à greffer dans les yeux d'un certain nombre de lapins, et sur leur iris ; des lambeaux de cornée comprenaut une moitié environ de l'épaisseur de cette membrane.

La cornée à peine greffée, au dixième jour, j'ai vu se développer au voisinage de cette greffe de véritables kystes à parois translucides, très légèrement vascularisés au niveau de leur pédicule.

Voici comment je procède à ces expériences : j'enlève avec un couteau de Beer un petit lambeau de cornée de 4 à 5 millimètres de largeur sur 2 à 3 millimètres de longueur au niveau de l'extrémité inférieure de cette membrane, puis après avoir ponctionné la cornée vers son extrémité supérieure, j'introduis ce lambeau de tissus dans la chambre antérieure de l'œil. Cette portion de la cornée ne tarde pas à se greffer sur l'iris, elle perd sa transparence et elle se vascularise à l'aide de vaisseaux qui lui viennent de l'iris. Dans plusieurs expériences, j'ai vu se développer au voisinage de la greffe de véritables kystes à parois translucides et dont l'origine doit être certainement attribuée au tissu cornéen anormalement implanté sur l'iris. Ces expériences peuvent avoir une grande importance daus la solution

---

de sels par le bijou à morphine. Mais rassurez-vous : le manche de l'éventail renfermait la petite seringue toute prête, et sans que vous vous en doutiez l'aiguille s'est frayé un chemin jusque dans la peau, où elle a versé la réconfortante liqueur. La gaîté renaît sur tous les visages !

Ce médecin..... mais je m'arrête..... il y a tant de médecins parmi les morphiomanes! Cependant il faut bien dire que le docteur Lawson, qui a tué son beau-frère, était un morphiomane; avait-il bien toute sa raison? Cette voleuse aux étalages, encore une morphiomane; cette femme qui a volé une petite fille qu'elle ne connaissait pas et qu'elle a ensuite tuée, encore une morphiomane. Et cette malheureuse duchesse, qu'un mauvais mariage a jetée dans l'inconduite et à qui un tribunal cruel a enlevé ses enfants, n'a-t-elle pas aussi, comme l'héroïne de M. Daudet, demandé des consolations à la morphine ? La morphine vient de la tuer, à 25 ans!

Il est un détail toutefois que M. Daudet ne pouvait faire entrer dans son roman, bien que M. Zola l'eût fait, et qui a une extrême importance : c'est que la morphiomanie doit forcément éloigner de la galanterie. Je fais appel à ceux qui ont vu la paroi abdominale et le haut des cuisses d'une morphiomane ! Que ceux qui n'ont pas vu cette région se figurent ce que doit être la peau, lorsqu'on y injecte 20, 30, 40, 50 fois par jour la valeur d'un dé à coudre de solution morphinée ! Onl'a comparée à une peau de crocodile et la comparaison est juste, car chaque injection produit une petite dureté. En supposant même que l'abus de la morphine ne mène pas à l'impuissance, ce qui est possible, Vénus doit certainement reculer d'effroi à la vue des champs ravagés qui entourent le mont consacré à ses sacrifices. C'est la moralité de cette folie !

*
* *

d'un problème de physiologie pathologique dont je cherche depuis longtemps la solution, l'étiologie des kystes et des tumeurs perlées de l'iris chez l'homme.

Dans les traumatismes de l'œil avec plaie pénétrante de la cornée par des instruments peu tranchants, quand il se produit des kystes ou des tumeurs perlées de l'iris, on doit pouvoir attribuer leur origine à la greffe sur cette membrane de diverses portions de tissus que le traumatisme a violemment introduit dans l'œil, de petits lambeaux de peau, de conjonctive ou même de cornée.

Mes dernières expériences prouvent que l'on peut attribuer à cette dernière origine un certain nombre de kystes qui se développent chez l'homme consécutivement à des traumatismes avec plaie pénétrante de la cornée.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 février 1883. — Présidence de M. Blanchard.

M. le secrétaire perpétuel, J. Bertrand, dépose sur le bureau de l'Académie le 26e volume de l'ouvrage périodique, intitulé : « L'année scientifique et industrielle », par M. L. Figuier. La partie nécrologique de ce volume contient une notice très élogieuse sur Amédée Latour dont nous devons, ici, remercier l'auteur. Voici la phrase par laquelle elle se termine : après avoir énuméré les différentes publications de notre ancien rédacteur en chef, il dit : « Amédée Latour fit paraître enfin sa curieuse brochure ayant pour titre : *Le Journal du bombardement de Châtillon*, avril et mai 1871. Les Prussiens avaient ravagé l'humble maison des champs du pauvre journaliste. Il prit ses rosiers déracinés et, de leurs épines, il fit de cuisantes blessures au cœur des barbares du Nord. »

M. Tresca rend compte des expériences qu'il a entreprises, sur la demande de M. Deprez, relativement au transport de la force électrique. Ces expériences ont été faites sur le chemin de fer du Nord, le 11 de ce mois, et elles ont été répétées le 18 avec l'assistance de M. Cornu. Il en résulte qu'à la distance de 8,500 mètres, on peut transporter 42 °/o de la force produite par la machine génératrice.

M. Tresca s'en tient, pour le moment, à cette exacte constatation. Il refuse de suivre M. Jos. Bertrand dans une discussion relative à l'augmentation du rendement qu'il est possible d'obtenir.

M. Wurtz lit une note sur la garance et ses produits de transformation.

M. Becquerel fait hommage à l'Académie du Traité d'hygiène publique et privée (nouvelle édition), par feu son frère, le docteur Becquerel.

Je passe à une autre folie. Vous rappelez-vous cet affreux gredin qui fut condamné à mort et exécuté il y a deux ans pour avoir tué et violé une jeune enfant? Il se nommait Menesclou. La première pensée qui vint à l'esprit du coupable et des juges, c'est qu'il devait être fou. Néanmoins un examen attentif de l'accusé ne permit pas à celui-ci de tirer parti de son système de défense, ni au jury de l'admettre.

Après l'exécution, la mère de Menesclou se mit à divaguer, et finit par devenir folle. Elle est morte il y a quelques jours. On se demande naturellement si la folie de la mère, bien que n'ayant pas éclaté plus tôt, n'existait pas en germe chez elle au moment où elle a engendré son fils, si le germe de folie transmis de la mère au fils n'a pas éclaté plus tôt chez le fils que chez la mère; en d'autres termes, on se demande maintenant si Menesclou n'était pas réellement fou, s'il n'a pas commis son crime sous l'influence d'un accès de folie passagère, et si les médecins aliénistes chargés de l'examiner, et le jury, n'ont pas fait un criminel d'un être simplement malade. Graves questions, auxquelles les spécialistes eux-mêmes seront embarrassés de répondre, pour la raison qu'on ne peut pas deviner qu'une femme, n'étant pas folle, a créé et mis au monde un fils qui n'aura dans sa vie qu'un accès de folie durant à peine une demi-heure, et qu'elle deviendra folle après son fils.

M. Ball, qui a déjà singulièrement étendu les limites de la folie, sera obligé d'élargir encore la zone qu'il a tracée entre la folie et la raison. Il y fera probablement rentrer la morphiomanie, comme les juges qui ont admis des circonstances atténuantes en faveur des accusés dont j'ai parlé plus haut; et probablement aussi la *folie sans folie*, folie réelle d'emblée sans folie apparente antérieure ni chez le fou, ni chez les ascendants, et dont la famille Menesclou vient d'offrir un exemple si lamentable.

Simplissime.

M. Vulpian, au nom de M. Bochefontaine, présente une note sur l'action physiologique de la quinine et de la cinchonine. C'est une étude qui a été provoquée par les falsifications, récemment dénoncées, du sulfate de quinine des hôpitaux.

M. Frémy aurait désiré que l'auteur de la note eût dit quelques mots de l'action thérapeutique des deux substances; c'est, dans l'espèce, la question intéressante.

M. Vulpian donne satisfaction à son confrère en l'assurant que l'action de la quinine, contre les fièvres intermittentes, est beaucoup plus efficace que l'action de la cinchonine.

M. Vulpian dépose encore sur le bureau un volume de M. Armand Gauthier concernant « le cuivre et le plomb. » L'auteur y démontre qu'à faibles doses, la nocivité du cuivre est à peu près nulle, contrairement à ce qu'on croyait jadis. Quant au plomb, rien n'est changé; l'action en est des plus nuisibles, et les effets toxiques en sont des plus variés. Malheureusement, tout le monde est exposé aux dangers du plomb, tout le monde sans exception et sans préservation possible; mais ici, comme bien souvent ailleurs, c'est une question de quantité et de continuité.

M. Faye présente une note de M. Lacaille sur la décomposition du noyau des comètes. Le noyau de la dernière comète n'était pas unique quand on put l'observer à Paris; il était formé de plusieurs points brillants, et il arriva un jour que M. Lacaille vit un de ces points en dehors, et en avant de la tête de la comète.

M. Balland adresse un mémoire sur les blés dont voici les conclusions :

En comparant entre eux les résultats contenus dans les tableaux numériques insérés dans ce mémoire, on voit que les blés germés contiennent la même quantité de matières azotées que les blés ordinaires de même provenance; qu'ils sont plus riches en sucre et en ligneux (aux dépens de l'amidon) et plus pauvres en matières grasses. Ces faits sont couformes aux recherches de M. G. Henry, sur la germination des graines oléagineuses, et aux expériences plus récentes de M. Bousssingault, sur la végétation dans l'obscurité.

Les blés germés ne renferment pas plus d'eau que les blés de la même région, récoltés dans de bonnes conditions atmosphériques.

Le gluten a été modifié profondément : il a perdu toutes les qualités qui le rendent si précieux dans le travail de la panification; il est devenu mou, noir, visqueux; il s'est désagrégé et en partie transformé en albumine soluble.

L'acidité est toujours plus forte. Traduite en acide sulfurique mono-hydraté, elle peut s'élever à 0gr,044 pour 100, soit 44 gr. par quintal métrique. Elle paraît en rapport avec le degré d'altération du gluten.

Je reviendrai sur ces deux points dans un prochain travail sur la conservation des farines destinées à nos approvisionnements de guerre.

BIBLIOTHÈQUE

LE TROISIÈME CORPUSCULE SANGUIN DU DOCTEUR NORRIS, critique et réfutation, par Mistress E. HART. — London, 1882.

Le docteur Norris, en prenant la peine de découvrir un nouveau corpuscule du sang, et en décrivant le mode de formation, les caractères, la couleur de ce « corpuscule invisible », avait compté sans la vigilance de notre confrère, mistress E. Hart. La femme du savant directeur du *British medical Journal* possède une érudition et une compétence en histologie, auxquelles il est dangereux d'avoir affaire. Dans un travail fort remarquable, elle vient de nous montrer que les choses invisibles mises au jour par le docteur Norris deviennent de pures illusions, quand on les éclaire à la lumière d'une saine critique.

Le père du troisième corpuscule, dans une nouvelle édition de ses premières recherches, apportait à ses idées de notables modifications, inspirées par les arguments que Mrs Hart a déjà fait valoir dans le *London medical Record* (janvier 1880), et, sans avouer les modifications, il combattait les arguments. De là le nouveau travail et la nouvelle réfutation que Mrs Hart publie dans le même recueil (octobre 1882), et que nous avons à cœur de signaler.

Le docteur Norris compare son troisième corpuscule aux hématoblastes d'Hayem, et édifie sur la présence de cet élément nouveau une théorie de la formation du sang, qui lui semble donner l'explication des symptômes de la leucémie et de l'anémie.

Cet auteur a d'abord considéré le noyau des globules blancs du sang comme une vaine apparence due aux réactifs ou à des fautes de manipulation; mais il a changé d'opinion après les premières critiques de son adversaire. Il admet aujourd'hui qu'on trouve dans le sang, d'une part, des corpuscules blancs uninucléés, qui ne sont autres que les corpuscules uninucléés de la lymphe et des organes hématopoiétiques; d'autre part, ces mêmes éléments multinucléés

par la division du noyau; enfin, les noyaux eux-mêmes, dépouillés de leurs cellules dans leur passage à travers le canal thoracique, et deveuus les « disques lymphatiques avancés » (advanced lymph-disc) ou « corpuscules invisibles ». Ceux-ci, d'abord transparents et pourvus du même indice de réfraction que le plasma sanguin, se colorent peu à peu par une sécrétion endogène d'hémoglobine, et atteignent enfin la couleur et l'apparence des globules rouges normaux.

Nous comprenons que cette *période d'invisibilité*, entre la mise en liberté d'un noyau de cellule lymphatique et l'apparition d'un globule rouge, donne beau jeu à toutes les hypothèses. Mrs Hart nous montre combien celle du docteur Norris est dénuée de preuves ; elle le suit pas à pas, dans son argumentation contre les idées d'Hayem et de Rindfleisch, dans sa théorie de la leucémie, qui serait due à « une hyperplasie des organes lymphoïdes, incompatible avec un séjour prolongé des cellules lymphatiques dans ces organes, de telle sorte que les cellules n'ont pas le temps de s'y dépouiller de leur noyau, et passent en grand nombre dans le sang à l'état de corpuscules nucléés, non transformés en corpuscules invisibles ». Tout cela n'est qu'illusion, dit-elle, et repose sur une méthode imparfaite, comme tant d'autres théories fondées sur les apparences que revêtent les globules sanguins, altérés *post morten* ou observés dans de mauvaises conditions.

Nous n'entrerons pas dans l'argumentation très serrée à laquelle se livre Mrs Hart, établissant, par une série d'observations personnelles, que le docteur Norris a pris pour des éléments normaux du sang les corpuscules rouges déformés et décolorés sous certaines influences, pression de la lame de verre, action d'une solution saturée de chlorure de sodium, etc. Nous dirons seulement qu'elle *épluche* sans merci les deux écrits de son malheureux confrère, et ne lui fait grâce d'aucune erreur, d'aucune contradiction, d'aucune modification apportée au texte primitif. Elle a répété les expériences de son adversaire avec un zèle impitoyable, et, après les avoir toutes passées en revue, elle conclut en montrant quelle prudence et quels soins il faut apporter dans l'interprétation des aspects variés que prennent, hors des vaisseaux et de leurs conditions normales d'existence, ces petits corps fragiles et instables qu'on appelle les globules rouges du sang.

Le travail de Mrs Hart lui fait le plus grand honneur ; c'est un modèle de discussion et d'exactitude scientifiques. — L.-G. R.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'empoisonnement par l'acide pyrogallique employée en frictions dans le traitement du psoriasis, par M. le docteur E. Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Pendant trois ans et malgré la plus attentive observation et l'éveil que donnèrent les cas malheureux survenus en 1878 à la clinique de Breslau, M. E. Besnier n'avait jamais observé de symptômes d'intoxication sur les nombreux malades de son service soumis au traitement du psoriasis par l'acide pyrogallique en frictions.

En 1881, il n'en était pas de méme; de là l'origine du savant mémoire de M. E. Besnier. Précoce ou tardif, cet empoisonnement débute par des frissons, du refroidissement et de la prostration rapide. L'éruption disparaît et on constate de l'anémie globulaire, de la décoloration des tissus, leur teinte jaunâtre et leur œdématie, en même temps que surviennent des vomissements, diarrhée glaireuse, urines noires (hémoglobinurie ou hématurie) et de la congestion œdémateuse aiguë broncho-pulmonalre. Dans le traitement de la forme aiguë de cet empoisonnement, M. E. Besnier a employé avec succès les inhalations d'oxygène, la révulsion énergique des membres, les boissons alcoolisées et les injections sous-cutanées d'éther sulfurique.

A ce point de vue pratique, on peut conclure de ces faits que la surveillance la plus attentive doit présider à l'emploi externe de ce médicament. On examinera quotidiennement l'état des fonctions urinaires, et on règlera les fonctions dans les cas de psoriasis généralisé, de manière à les limiter chaque jour sur une moitié ou un tiers seulement des surfaces malades. (*Annales de dermatologie et de syphiliographie*, 1882, p. 885). — Ch. E.

Des bains électriques, par le docteur Ijewsky. — Ces observations ont pour but d'étudier l'action thérapeutique et physiologique des bains électriques (*Wratch.*, n° 5, 1882), dont M. C. Paul a signalé les bons effets dans les maladies nerveuses. Voici les conclusions des recherches physiologiques de MM Ijewsky et Drosdoff :

1° L'immersion dans un bain tiède (27 degrés R.) traversé par un courant produit d'abord une sensation agréable; l'augmentation de la force du courant donne lieu à de la rigidité musculaire et à des spasmes douloureux des membres voisins des pôles. 2° Après un bain de cinq à dix minutes de durée, le pouls est moins fréquent, la respiration plus régulière. 3° La sen-

sibilité cutanée, mesurée au compas de Weber, est augmentée, ainsi que la sensibilité électro-musculaire, tandis que la sensibilité électro-cutanée est devenue moindre. La puissance musculaire mesurée au dynamomètre est d'abord diminuée, mais augmente après le bain. 4° Le poids du corps augmente par la répétition des ces bains.

Les faits thérapeutiques ont été observés : 1° dans des maladies fonctionnelles du système nerveux, avec anémie et troubles de nutrition; 2° dans les affections rhumatismales; 3° dans le tremblement musculaire; 4° dans les intoxications saturnines. Sous l'influence de ce traitement, l'appétit et la force renaissent, les crises nerveuses périodiques diminuent en violence et en durée; les douleurs rhumatismales sont moindres, le tremblement dû à l'épuisement nerveux s'atténue.

Enfin, par ce traitement, on observe une amélioration rapide des accidents saturnins. (*The London med. Record*, p. 269, 15 juillet 1882.) — Ch. E.

FORMULAIRE

Potion antidiarrhéique. — Widerhofer.

Perchlorure de fer liquide. . . . . 4 à 8 gouttes.
Hydrolat de cannelle, eau distillée, sirop
simple, *ââ*. . . . . 40 grammes.

Mêlez. — On peut y ajouter 1 à 3 gouttes de teinture d'opium.

Une cuillerée à dessert, toutes les 2 heures, dans le cas de catarrhe intestinal chronique des enfants rachitiques. — N. G.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 9 au 15 février 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,206. — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 14. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 55. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 65. — Phthisie pulmonaire, 214. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 75. — Bronchites aiguës, 43. — Pneumonie, 79. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 39; au sein et mixte, 25; inconnus, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 123; circulatoire, 69; respiratoire, 111; digestif, 38; génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 8. — Après traumatisme, 8. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 7e semaine. — Il a été notifié cette semaine, au service de la statistique, 1,380 naissances et 1,206 décès.

Ces chiffres sont les plus élevés que nous ayons encore enregistrés cette année. Celui des décès dépasse notablement la moyenne des quatre dernières semaines, qui était de 1,135.

A l'égard des affections épidémiques ou contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente, fait ressortir :

Une aggravation pour la Rougeole (14 décès au lieu de 10); la Diphthérie (55 au lieu de 43); l'Infection puerpérale (6 au lieu de 3).

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (39 décès au lieu 41), et la Variole (14 au lieu de 15).

La situation hebdomadaire des hôpitaux permet de constater : Une diminution des cas d'invasion pour la Variole (26 admissions pendant la semaine du 5 au 11 février au lieu de 29 pendant la période précédente, et le Croup (31 au lieu de 37), ainsi qu'une légère aggravation pour la Fièvre typhoïde (69 admissions au lieu de 57).

La Diphthérie est, de toutes les maladies épidémiques, celle qui a fait cette semaine le plus de victimes. Le nombre des décès dus à cette cause a passé, par une progression assez lente, mais continue, de 40, chiffre relevé dans le Bulletin de la première semaine, à 55. L'étude de la répartition locale montre que les quartiers les plus frappés cette année sont ceux de *Saint-Ambroise* et du *Père-Lachaise*, à l'Est de Paris, de la *Porte-Dauphine*, des *Ternes* et des *Batignolles*, à l'Ouest.

On remarquera que le quartier du *Montparnasse* compte, cette semaine, un nombre élevé de décès par Rougeole et par Croup, Mais tous ces décès se sont produits à l'hospice des Enfants-Assistés et ont frappé des petits malades venus de divers points de Paris.

Les maladies aiguës des voies respiratoires continuent à faire un grand nombre de victimes

En se reportant au tableau des décès par âges, page 2, on voit que les vieillards entrent cette semaine pour une large part dans les chiffres des décès causés par ces affections.

D[r] BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 26 février au 3 mars 1883.

Lundi 27, pas de thèses.

Mardi 27. — M. Ledoze : De la non-intervention primitive dans les plaies par balles de révolver. (Président, M. Le Fort.)

M. Alberto Arteaga : Plaies du testicule. (Président, M. Le Fort.)

M. Pius : Considérations sur les fistules du canal de Sténon et leur traitement. (Président, M. Le Fort.)

Mecredi 28. — M. Vérut : Contribution à l'étude des abcès chauds. (Président, M. Guyon.)

M. Barbé : Contribution à l'étude des fractures du métacarpe. (Président, M. Guyon.)

M. Leviste : De l'opération de la cataracte chez le diabétique. (Président, M. Trélat.)

M. Bertillon : De la fréquence de la fièvre typhoide à Paris depuis 1865 jusqu'à 1882. (Président, M. Parot.)

Jeudi 1[er] mars. — M. Veil : Quelques considérations sur la fièvre typhoïde et sur la pneumonie qui peut précéder la fièvre typhoïde et survenir à son début. (Président, M. Peter.)

M. Laurent : Du daltonisme, son étiologie, sa fréquence et ses dangers. (Président, M. Panas.)

M. Bornèque : Contribution à l'étude de l'aortite aiguë. (Président, M. Brouardel.)

M. Bourcy : Des déterminations articulaires des maladies infectieuses. (Président, M. Brouardel.)

Le 2 et le 3, pas de thèses.

COURRIER

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE, 4, rue des Beaux-Arts. — Le second bal d'enfants, paré et costumé, donné par la Société protectrice de l'enfance, aura lieu le jeudi de la mi-carême, 1[er] mars 1883, à 1 heure, dans les salons de l'Hôtel Continental, 3, rue de Castiglione. — Orchestre de M. Desgranges ; direction de M. Desrat, professeur de danse. — Prix du billet : 3 francs.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu le 1[er] et le 2 avril prochain, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Les Sociétés locales, composées de 76 à 150 Membres, peuvent envoyer deux Délégués à l'Assemblée générale; celles composées de 151 à 225 peuvent en envoyer trois, et à partir de ce chiffre les Sociétés locales ont droit à un Délégué de plus par 75 Membres de plus.

MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le Grand Amphithéâtre de l'Administration générale, le Dimanche 1[er] Avril, *à une heure*, et le Lundi 2, *à deux heures*.

Prière instante à MM. les Présidents et Sécrétaires des Sociétés locales de vouloir bien, *s'ils ne l'ont déjà fait*, adresser dans le *plus bref délai possible*, à M. le docteur FOVILLE, Secrétaire général, 177, boulevard Saint-Germain, et à M. le docteur MARTINEAU, Secrétajre, 34, rue Cambon, le compte rendu du dernier exercice de leur Société, comprenant les admissions, les décès, les dons, les secours alloués, la situation financière, le nombre des Membres, afin de compléter, autant que possible, le Rapport du Secrétaire général, et d'accélérer la publication de l'Annuaire du présent exercice.

MM. les Présidents sont, en outre, invités à rappeler à M. BRUN, Trésorier, 23, rue d'Aumale, le nombre des Annuaires dont ils ont besoin pour leur Société.

Ordre du jour de la séance du Dimanche 1[er] Avril. — La Séance sera ouverte à *trois heures précises.* — 1° Allocution de M. le Président. — 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier. — 3° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général. — 4° Compte rendu

général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1882, par M. A Foville, secrétaire général. — 5° Election de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Gosselin, Jeannel, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Simonin, arrivés au terme de leur exercice, et de M. Woillez, décédé. — 6° Eloge de M. A. Latour, par M. Gallard, membre du Conseil général.

Ordre du jour de la séance du Lundi 2 *Avril* 1883. — La Séance sera ouverte à *trois heures précises*. — 1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale. — 2° Approbation des comptes du Trésorier par l'Assemblée générale. — 3° Rapport de M. Durand-Fardel, sur les pensions viagères à accorder en 1884. Discussion et vote des conclusions. — 4° Ouverture du scrutin pour l'élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères de 1884. — 5° Exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyées au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'Assemblée générale de 1884.

Banquet. — Le banquet aura lieu le Dimanche 1er Avril, *à sept heures précises*, dans les salons de l'hôtel Continental, rne Castiglione.

Faculté de médecine de Paris. — Sont chargés pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, des cours auxiliaires ci-après désignés, MM. les agrégés dont les noms suivent : Hallopeau, pathologie interne ; — Humbert, pathologie externe.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences, dans son comité secret de lundi dernier, a décerné le prix de physiologie expérimentale à M. Dastres, et une mention honorable à M. Gaétan Delaunay.

Le prix Bréant ne pouvant être décerné, les intérêts annuels, soit une somme de 5,000 francs, sont décernés, sous forme de prix, à MM. Arloing, Cornevin et Thomas, pour leurs recherches sur les maladies épidémiques.

Nécrologie. — Nous avons appris avec regret la mort de M. A. Lüer, qui s'était fait un nom justement estimé, comme fabricant d'instruments de chirurgie. Ses obsèques ont eu lieu jeudi, à midi, à son domicile, boulevard Saint-Michel, 63.

Laboratoire du comité consultatif d'hygiène. — Le ministre du commerce vient de demander au Parlement 30,000 francs pour la création d'un laboratoire qui sera annexé au Comité d'hygiène publique de France. Ce comité depuis longtemps réclamait un établissement de ce genre afin de pouvoir faire exécuter directement les expériences et les analyses que nécessitent certaines affaires qui lui sont soumises. C'est le cas des affaires concernant notamment les matières alimentaires, les boissons, les substances toxiques, les professions insalubres, la désinfection, les eaux en général, les eaux minérales, etc. Toutes ces questions sont soumises à chaque instant au Comité d'hygiène publique qui, n'ayant pas de laboratoire, était obligé de s'adresser à la bonne volonté de personnes étrangères pour faire exécuter ses expériences.

Ce laboratoire sera installé rue de Seine, dans une maison appartenant à la ville de Paris.

Le Comité d'hygiène se propose, dès qu'il sera en possession de ce laboratoire, d'y faire exécuter l'analyse chimique de toutes les eaux minérales de France.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. — Le conseil a décidé le renvoi à une commission composée de MM. Brouardel, Léon Colin, baron Larrey, Lagneau et Dujardin-Beaumetz, de tous les documents recueillis pendant l'enquête sur l'épidémie typhoïde.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 février 1183, le congrès des Sociétés savantes commencera, à la Sorbonne, le mardi 27 mars, à une heure. — Les journées des mardi 27, mercredi 28 et jeudi 29 mars seront consacrées aux travaux du congrès. — La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 31 mars, à deux heures précises.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1) (CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ),

Par le docteur G. RICHELOT père,

Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

OBSERVATION III. — Un premier accouchement entièrement naturel. Un second accouchement, deux ans après, ayant exigé la version podalique, suivi d'une céphalalgie intense, prolongée, et d'une pesanteur douloureuse au périnée, qui rendait la marche impossible. Engorgement du col utérin constaté par Paul Dubois et Jobert, de Lamballe. Traitement pendant environ 3 ans, sans aucun succès, par les cautérisations avec le nitrate d'argent répétées à satiété, les bains de mer, les douches fraîches et les frictions sèches sur tout le corps. Guérison après cinq cautérisations avec le caustique Filhos, et un traitement interne tonique.

Madame C..., de..., m'a consulté le 26 avril 1860; elle avait 25 ans et demi. C'était une femme de petite taille, de complexion très délicate, brune, au teint coloré, de tempérament lymphatico-nerveux. Elle avait eu ses règles pour la première fois à l'âge de onze ans et demi, tout d'abord avec une grande abondance; puis, il y avait eu une interruption de sept mois. On lui prescrivit alors la gymnastique et les préparations ferrugineuses. D'ailleurs, à cela près, sa santé a été généralement bonne avant son mariage. Lorsqu'elle s'est mariée, âgée de 19 ans, elle se portait très bien, et ses règles venaient régulièrement tous les mois, mais toujours très abondantes; chaque époque durait toute une semaine. Elle a eu son pre-

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 janvier et 13 février.

FEUILLETON

LA MÉDECINE AU JAPON.

Nous sommes heureux de recevoir, comme témoin matériel des progrès de la médecine scientifique au Japon, un numéro d'un confrère japonais, le *I-ji-Shimbun* ou « Nouvelles médicales », journal hebdomadaire qui, sous la direction de M. Mitzu-Moto, de Tokio, est arrivé à sa seconde année de publication.

Le numéro que nous avons sous les yeux, porte la date du 5 avril 1882. On peut le prendre comme exemple du travail que la direction et les rédacteurs ont courageusement entrepris en face de la chute prématurée des essais littéraires médicaux au Japon.

Cette publication nous présente un mélange de style japonais et Européen; mais, bien qu'on ait remplacé, pour plus de commodité, le papier japonais par du papier anglais, le premier ne permettant l'impression que sur un seul côté de la feuille, et que les cadres en bois massif de l'imprimerie japonaise aient fait place, forcément, aux caractères mobiles européens, ce journal nous offre pourtant un singulier aspect. Il commence, comme c'est l'usage, à la page qui, pour nous, serait la dernière; il est imprimé en caractères compliqués, qui parcourent la page de haut en bas, et qui sont séparés par des lignes horizontales en deux colonnes.

Les différents articles, qui semblent soigneusement écrits et qui paraissent bien répondre aux besoins des abonnés, sont groupés par sections, consacrées séparément : aux observations

mier enfant — un garçon — à l'âge de 20 ans; l'accouchement a été naturel. A la naissance de son second enfant — une fille — elle avait 22 ans. Il y a eu présentation du bras droit et version podalique. Lorsqu'elle s'est levée pour la première fois après ce second accouchement, au bout de 22 jours, elle a été prise d'une violente céphalalgie; et lorsque, après six semaines, elle a voulu faire sa première promenade, elle a ressenti au périnée une pesanteur assez intense pour l'empêcher de marcher. Quelques jours ensuite, les règles sont venues abondamment. A partir de son second accouchement, Mme C... a été tourmentée par des maux de reins, par une pesanteur au périnée, et son accoucheur a reconnu l'existence d'un engorgement du col utérin.

Dans le courant de l'année 1856, quatre mois après son second accouchement, Mme C... est venue à Paris consulter le professeur Paul Dubois, qui s'est borné à prescrire des cautérisations avec le nitrate d'argent sur un point très limité de la superficie du col. Après plus de dix-huit mois de ce traitement, en mai 1858, la malade, voyant que son état ne s'améliorait nullement, est revenue à Paris. Mais cette fois, elle a consulté le professeur Jobert, de Lamballe. Celui-ci a prescrit de nouveau les cautérisations avec le nitrate d'argent, et de plus, les bains de mer, d'abord en baignoire avec un mélange d'eau de mer et d'eau de son. Ces bains ont relevé un peu les forces. Mais les règles n'ont pas tardé à se déranger pour la date. Il y a eu deux époques presque coup sur coup; et, depuis, elles sont restées irrégulières. Il y a même eu en janvier 1859, le 20 et le 28, deux pertes utérines graves, et la malade a dû garder le lit pendant deux mois. En conséquence, un troisième voyage à Paris a été décidé pour revoir le professeur P. Dubois. Celui-ci a expliqué les pesanteurs ressenties au périnée par l'*engorgement* utérin, et a insisté sur les cautérisations avec le nitrate d'argent.

Cependant, la santé ne se rétablissait point. Les cautérisations ont été abandonnées à partir du mois de juin 1859; et la malade a été soumise au traitement suivant : Bains frais avec douche d'eau salée sur les reins, puis frictions sèches sur tout le corps. Ce traitement a fait revenir les forces. Mais, dit la malade, un bain trop chaud (par erreur) a été suivi d'une perte sanguine, et tout ce qui avait été gagné a été perdu. A la fin d'août 1859, l'époque menstruelle a duré indéfiniment. Enfin, à partir de janvier 1860, elle a vu ses règles à peu près tous les quinze jours. Il est à remarquer qu'alors ses époques ont été moins abondantes qu'avant son mariage; mais elle ne pouvait pas prendre la moindre fatigue sans que le sang reparût immédiatement.

En résumé, santé générale altérée, chaleurs intérieures pénibles, constipation rebelle, leucorrhée peu prononcée, aggravée par la station debout prolongée, besoin fréquent d'uriner, mais surtout, affaiblissement considérable. C'est dans ces conditions que Mme C... s'est confiée à mes soins.

Examen le 27 avril 1860 : Par le toucher, on constate que la matrice est modérément abaissée en totalité. Le col est situé fortement en arrière; le fond est en antéversion très prononcée; mais il n'y a pas flexion. Le museau de tanche est gros, mollasse; le doigt

---

originales, aux nouvelles médicales, aux nouvelles officielles, aux nouvelles des hôpitaux, aux réunions des Sociétés, aux extraits des revues étrangères, aux notices pharmaceutiques et à la bibliographie.

Dans la première section, nous lisons un compte rendu fort bien rédigé de la dissection d'un monstre double, accompagné de deux excellentes gravures sur bois; l'une d'elle représente un bon schéma de l'appareil circulatoire dans une cavité thoraco-abdominale double.

Dans la seconde section, on trouve plusieurs renseignements qui ont leur intérêt, en nous montrant les progrès nationaux du nouveau système. Par exemple, une statistique concernant la population de l'asile des aliénés de Kiotio (institution toute nouvelle au Japon), la notification officielle d'une permission, accordée à un Collège médical de province, de donner des grades médicaux à ses élèves, l'annonce du départ de M. Magida, chirurgien bien connu, attaché à l'École de médecine navale, pour Korée, où il doit aller inaugurer des cours de médecine suivant la méthode occidentale. Tous ces détails, bien qu'ils paraissent de minime importanée, font espérer beaucoup pour les progrès futurs de la médecine dans un pays qui, il y a peu de temps encore, était tout entier soumis à la barbarie et aux usages empiriques de l'empire du milieu.

La section suivante nous fournit des renseignements détaillés sur l'augmentation des fièvres typhoïdes pendant l'année qui vient de s'écouler; nous voyons que 23,853 ont été observés et que 5,679 ont été fatales.

Vient ensuite un compte rendu de la première réunion de la Société sanitaire; ses membres ne manqueront de rien pour travailler avec énergie aux réformes, et ils doivent s'attendre à des résultats immenses, dans un pays où le choléra a, dans l'espace de ces quatre dernières années, enlevé 200,000 personnes et où il commence déjà sa troisième campagne biennale; où

pénètre facilement dans sa cavité; ses lèvres sont granuleuses, mais le toucher n'y provoque pas de douleur. Le corps, au contraire, vers son fond, est doulourenx à la pression du doigt. Il paraît sensiblement plus gros et plus lourd qu'à l'état normal. Si, accrochant avec le doigt le col par derrière, on cherche à redresser la matrice, on trouve qu'elle est assez mobile, mais on produit une vive douleur qui répond au fond de l'organe. Le doigt est retiré plein de sang. Le spéculum confirme ces données : métrite granuleuse du col, dont les lèvres sont rouges et saignantes, avec de nombreuses granulations grosses comme des grains d'orge.

Séance tenante, le caustique Filhos est appliqué en plein sur l'orifice cervico-utérin, mais maintenu pendant peu de temps par précaution. Cette cautérisation fait cesser immédiatement l'écoulement, d'ailleurs peu abondant, du sang qu'on voyait sourdre à la surface du museau de tanche. Elle cause une douleur assez vive, qui se prolonge le reste de la journée et la nuit, mais s'éteint peu à peu le matin du jour suivant. Le lendemain, il est venu très peu de sang; un lavement simple a été suivi d'une évacuation et d'une diminution de l'embarras du ventre; pouls naturel; état général satisfaisant.

Le traitement a été dirigé de la manière suivante : quatre cautérisations, plus profondes que la première, ont été pratiquées en mai et en juin. A l'intérieur, le sirop de perchlorure de fer, le vin de Bugeaud et un régime très réparateur ont été prescrits.

Les effets de ce traitement ont été très remarquables, surtout comparés aux résultats des traitements suivis auparavant : à partir de la première cautérisation, les époques se sont régularisées toutes les trois semaines. L'appétit s'est amélioré et une alimentation tonique a été promptement possible. Le perchlorure de fer n'a point causé la constipation pénible que les préparations ferrugineuses avaient produites antérieurement. Les forces se sont améliorées rapidement, et les promenades, mêmes longues, en voiture, ainsi que les bains tièdes, à la suite des cautérisations, n'ont point ramené les métrorrhagies.

Après la cinquième cautérisation, dans le courant du mois de juin, la matrice était notablement moins volumineuse et moins lourde; mais la déviation était à peu près la même. Le col avait repris une consistance normale et sa surface était lisse au pourtour. Mais il était encore assez volumineux. Au spéculum, il avait, sauf le volume, l'aspect à peu près normal, à cela près cependant d'une rougeur vive, un peu saignante, occupant en plein le centre de sa surface, autour de l'orifice, qui avait repris une dimension naturelle. C'était le reste de l'ulcération produite par le caustique de Vienne. Une légère cautérisation fut alors pratiquée avec le nitrate d'argent, afin de réprimer les bourgeons charnus, et de favoriser la cicatrisation et le retrait des tissus.

La malade retournant dans son pays pour y passer l'été, je lui prescrivis la continuation des toniques, des injections vaginales d'eau fraîche, et l'application d'une ceinture hypogastrique en raison de l'antéversion.

A son arrivée dans sa famille, tout le monde fut frappé du changement favorable qui s'était opéré dans toute sa personne et en particulier dans son facies.

Les règles d'ailleurs s'établirent régulières et modérées.

---

la fièvre typhoïde, le bériberi et une douzaine d'autres fièvres infectieuses ont, depuis cent ans, enlevé toutes ses forces à cette nation.

Plus loin, nous trouvons la clinique hospitalière, bien représentée par une observation d'opération de hernie inguinale étranglée par M. Sassaki à « Matsuye hôpital, de Shimane Ken ». Enfin, sous la rubrique « Extraits », nous lisons quelques traductions de journaux américains et anglais, parmi lesquelles nous pouvons citer : « Usage du borax en gargarisme (Dr Thin) et traitement des opacités de la cornée par le sulfate de cadmium. »

Ces divisions auraient même pu, en quelque sorte, être poussées plus loin avec avantage.

Il faut complimenter les promoteurs de cette modeste publication, de sa vitalité et de la manière dont elle se répand. Le journalisme médical au Japon n'a pas eu jusqu'à présent une brillante perspective de succès; ce n'étaient par les médecins qui manquaient (le nombre des docteurs inscrits atteignant le respectable chiffre de 65,000), le nombre maximum des esprits éclairés qui ont osé sacrifier la méthode chinoise classique au « système oriental », suivant leur expression, ne dépasse pas 800; il est à croire pourtant que le nombre de ces partisans de l'empirisme serait terriblement réduit si l'on soumettait les prétentions de ses adhérents à des épreuves sérieuses.

Le manque d'abonnés est une des causes dont la littérature médicale aura le plus à souffrir. Mais outre ce motif, autrefois, les rédacteurs capables et de bonne volonté lui faisaient défaut, et seuls alors ils pouvaient tenter cette entreprise avec quelques chances de succès. Aujourd'hui, heureusement, le T-ji-Shimbun nous découvre une ère nouvelle et nous fait espérer que bientôt nous verrons les résultats des travaux accomplis par le gouvernement, à savoir : La création d'un collège médical à Tokio, d'une école navale de médecine et d'au-

Revenue à Paris en septembre suivant, malgré des imprudences et un refroidissement, dans une campagne humide, suivi d'un dérangement dans la santé : coliques, diarrhée, etc., la matrice était presque entièrement rétablie. Toutefois, l'antéversion qui existait encore, quoique à un moindre degré, et pour laquelle elle a continué à porter une ceinture hypogastrique pendant un certain temps, donnait à penser que la reconstitution de l'organe gestateur n'était pas complète à ce moment ; mais la santé générale était excellente.

Je n'ai pas perdu de vue cette dame depuis le traitement que je lui ai fait suivre en 1860 ; a guérison s'est maintenue. Il y a bien des années qu'elle n'a plus besoin de porter une ceinture.

Remarques. — Ce qui frappe surtout dans cette observation, ce sont les traitements imposés à la malade par des maîtres célèbres, Paul Dubois et Jobert, de Lamballe. Chose curieuse, Récamier, lui aussi, était partisan des cautérisations avec le nitrate d'argent : « C'est le traitement local par excellence, me disait-il ; mais il faut à ce traitement une durée de dix-huit mois ! » Ce sont ses propres expressions.

Les cautérisations avec le caustique Filhos ont détruit les tissus altérés, reconstitué le col utérin et rétabli la santé générale en même temps que la santé locale, dans l'espace de deux mois environ.

Ici encore il y a eu fatigue extrême de la matrice, qui a été soumise pendant l'accouchement à une violence nécessaire, chez une femme peu vigoureuse, et par suite, involution incomplète et engorgement. Cet engorgement, comme dans le cas précédent, a porté principalement sur le col, mais le corps lui-même y a participé manifestement.

Lorsque cette jeune malade s'est présentée à moi, sa santé était profondément altérée, et son état pouvait devenir très grave. Les effets de la modification profonde et rapide apportée dans les tissus malades par l'application du caustique Filhos, et le retentissement salutaire sur toute l'économie de la destruction de la lésion locale, sont très dignes d'attention. Le dégorgement et la reconstitution du corps de la matrice se sont opérés peu à peu, lentement, mais sans doute à peu près complètement, puisque l'usage de la ceinture est devenue inutile.

A suivre.

---

tres établissements dirigés par des étrangers, et les dépenses qu'il a faites pour l'instruction d'hommes d'élite dans les Facultés allemandes et anglaises.

Aujourd'hui le Japon possède avec MM. les docteurs Salow, Hashimoto et Ikeda, qui ont pris leurs grades à Berlin, M. Takaki, élève du Collège des chirurgiens de l'Angleterre, MM. les docteurs Muyaki, Toksuka, Matzumoto et quelques autres, des intelligences remarquables ; c'est d'eux que dépend, aujourd'hui, le rang que doit prendre dans le monde la médecine japonaise.

Ce journal est établi sur des bases solides ; il n'essaye pas d'arriver plus vite qu'il est utile au couronnement de l'œuvre qu'il a entreprise.

Il y a peu de choses, dans le numéro que nous avons sous les yeux, que nous puissions citer dans nos colonnes ; mais ce n'est pas là un motif qui diminue les prétentions de ce journal, d'être un organe véritablement instructif et intelligent. Il y a, au Japon, des hommes capables de produire d'excellents travaux originaux ; mais, actuellement, la presse instructive médicale japonaise doit rester dans les limites étroites ; les praticiens devant surtout retirer des avantages d'un journal du pays, ne comprennent en effet que leur langage et ils n'entendraient rien aux recherches de la science moderne. Il leur faut des observations faciles à comprendre, des cas habituels, des descriptions bien faites et très simples ayant trait à des diagnostics importants ou intéressant la thérapeutique, plutôt que des théories pathologiques et des détails d'opérations rares.

Les autres, ceux qui sont plus instruits, peuvent lire et étudier les journaux européens ; et lorsque cette petite troupe, actuellement en voie de formation, aura grossi et augmenté, il sera temps alors pour la littérature médicale japonaise de poser de nouveaux jalons.

Cependant l'ambition est mieux servie par la modestie, et nous espérons pouvoir juger, dans le T-ji-Shimbum, du développement de cet esprit d'observation nouvellement éclos et qui s'est déjà si bien manifesté dans les articles modestes et utiles qui ont imprimé un caractère de réelle valeur à ses premiers volumes. (*The Lancet*, 14 octobre 1882.)

LE SERVICE DE SANTÉ ANGLAIS EN ÉGYPTE.

VII

La facile victoire de Tell-el-Kebir n'a pas marqué la fin de la tâche des Anglais en Egypte; la nôtre resterait inachevée si nous ne rendions compte des conditions dans lesquelles le corps d'occupation supporte les assauts d'un ennemi autrement dangereux que les balles d'Arabi, le climat égyptien. Les épreuves commençaient véritablement le lendemain de l'entrée au Caire : l'autorité l'a parfaitement compris, en se hâtant de réduire l'effectif de plus de moitié, mesure qu'on a pu discuter militairement, mais de prudence élémentaire, au point de vue sanitaire.

Des 12,000 hommes maintenus en Egypte, 2,500 occupent Alexandrie et Ramleh; 9,000, le Caire et ses environs. Ce sont ces dernières troupes qui ont, de beaucoup, le plus à souffrir. Dès le principe, leurs malades ont pu être admis dans 3 hôpitaux : à la Citadelle; 280 lits; à Abbassayeh, 400 lits; à Ghesireh, hôpital sous tentes, nombre de lits indéterminé. Cette organisation n'a pu être complétée, cependant, que péniblement. Ainsi, par un nouvel exemple de ces mécomptes dont on ne peut décidément guère accuser la seule fatalité, il se trouva qu'en fait de matériel de couchage, on ne possédait que des cadres de lit complètement nus, sans pouvoir mettre la main sur les sangles et les matelas, parvenus cependant au Caire, mais introuvables. A une de ses visites, sir Garnet Wolseley, trouvant les malades couchés sur le sol, manifesta son mécontentement. La lacune était comblée dès le jour même; on installa simplement des brancards d'ambulance.

Nous avons pu reconstituer d'une façon à peu près complète, en nous adressant à des sources multiples, le mouvement journalier des hôpitaux du Caire, du 1er novembre au 12 décembre. Pour tout le mois de novembre, on a compté 1,956 entrées (sur 8,700 hommes) et 55 décès. C'est une moyenne de 65 entrées par jour, avec 2 décès. Du 1er au 5 novembre, on note 101 entrées avec 3 décès par jour. Le 16 novembre, 90 entrées, 8 décès. Les premiers jours de décembre se tiennent à 57 entrées par jour. La moyenne des présents est de 750. L'atténuation légère qui s'était manifestée dans le courant de décembre, ne persistait pas, aux dernières nouvelles, au commencement de janvier. Au 15 janvier, on comptait 73 malades pour 1,000 de l'effectif, en officiers; et 132 pour 1,000, pour les hommes.

Pour éviter l'encombrement, les évacuations sont pratiquées dans une très large mesure. Ainsi, on compte en outre, 144 évacués, le 15 novembre; 121, du 22 au 26; 168, du 26 au 30. On a imaginé tardivement, comme moyen terme entre le maintien aux régiments et la rentrée en Angleterre, l'envoi des convalescents sur le haut Nil. Un traité a été passé avec les transports Cook; le voyage se fait dans des conditions de comfort irréprochables; les premiers résultats de cette tentative étaient on ne peut plus encourageants.

Les différentes armes sont très inégalement atteintes; les deux régiments de cavalerie ont eu jusqu'au quart de leur effectif hospitalisé. L'artillerie vient après; l'infanterie n'a pas eu un dixième indisponible.

La cavalerie prit, dès l'arrivée, possession du quartier d'Abbassayeh, siège de l'Ecole de l'Artillerie et du Génie égyptiens, qu'elle trouva dans un état de malpropreté révoltante ; les chambrées le disputaient aux écuries pour le désordre des locaux et le méphitisme de l'atmosphère. A la tâche ordinaire des cavaliers, dont le pansage, l'entretien des harnachements, les distributions aux chevaux, occupent les instants que n'absorbe pas un service toujours très chargé en campagne, se joignait le supplément de fatigues des laborieuses corvées nécessitées par un tel état de choses. On a aussi élevé des doutes légitimes sur la qualité des eaux distribuées au quartier. Les chevaux eux-mêmes ont été atteints d'une épidémie d'*anthrax fever*, soulevant un problème étiologique qui a reçu en partie la même solution. On doit reconnaître, cependant, que l'envoi à Helouan, à 14 milles du Caire, lieu renommé pour la salubrité de son climat autant que par la vertu de ses eaux sulfureuses, n'a pas immédiatement coupé court à l'épidémie, ce qui tend à incriminer des causes plus générales. A Abbassayeh, les officiers et les hommes étaient atteints dans la même proportion.

C'est la fièvre typhoïde qui fournit les trois quarts des décès : mortalité, 27 p. 100 ; on compte ensuite la dysenterie : mortalité, 3,7 p. 100; diarrhée : mortalité, 0,57 p. 100. La fièvre intermittente et la *fièvre égyptienne* ne paraissent figurer qu'exceptionnellement au titre des décès. L'ophthalmie ne s'est révélée que par un petit nombre de cas, de moyenne gravité, avec plus de tendances à la formation de granulations qu'à la forme purulente proprement dite. Quand à l'hématurie endémique de l'Egypte, qui a été l'occasion d'un si grand nombre de publications depuis le début de la campagne (John Wortabet, Spencer Cobbold, Mackie, Dickson, etc), le nom même n'en a pas encore été prononcé.

Tous les rapports s'accordent à signaler la gravité de la fièvre typhoïde observée au Caire,

On cite des cas presque foudroyants, des hommes morts quelques heures après leur admission à l'hôpital, bien que, dans les camps, on ne garde guère au delà de vingt-quatre ou quarante-huit heures, au maximum, les fébricitants suspects. Les médecins anglais ont peine à retrouver les symptômes classiques de la dothiénentérie en face d'une phénoménalité bruyante et inusitée, et des incohérences du type fébrile. Les taches rosées sont presque constantes, ainsi que les symptômes gastro-intestinaux. Cependant, certains cas frustes ne présentent ni les unes ni les autres. L'hyperthermie est généralement considérable, une mort rapide arrive souvent au milieu du délire et des convulsions. Nous retrouvons là les caractères essentiels de la fièvre typhoïde d'Algérie, généralement si grave, et dont la symptomatologie a paru avec raison, à certains observateurs (Arnould et Kelsch), retenir quelques-uns des traits du typhus exanthématique, remarques dont nous avons pu reconnaître toute la justesse et étendre la portée clinique en démontrant l'efficacité quasi-spécifique du bain froid dans cette forme de la maladie. Nos confrères anglais paraissent se borner dans leurs essais thérapeutiques aux antipyrétiques, à l'aconit en particulier et aux excitants.

On cite aussi des cas de fièvre typhoïde traversés par des complications de dysenterie ou de fièvre intermittente. Ces faits, considérés comme de simples incidents, ont une réelle portée étiologique pour tout autre que des esprits accaparés par la théorie anglaise de l'origine exclusivement fécale de la fièvre typhoïde.

Dans cette *fièvre égyptienne* même, au tableau qu'on nous en donne, il est facile de reconnaître une rémittente simple passant dans un grand nombre de cas à la fièvre typhoïde, suivant une transformation admise, depuis les travaux de Léon Colin surtout, à l'égal des lois pathologiques les mieux démontrées. Il n'y a donc pas à invoquer dans une voie si détournée, comme nous le voyons faire, l'analogie de la fièvre typhoïde d'Egypte avec la *Rock fever*, la fièvre méditerranéenne, la fièvre compliquée de Veale, le distingué médecin en chef d'Ismaïlis, qui, ainsi que nous l'avons démontré ailleurs, nous paraît avoir simplement donné un nom de plus à la fièvre récurrente. Il n'est même qu'accessoire, à notre avis, d'avoir relevé qu'au Caire, ville de 400.000 habitants, il n'existe pas d'égouts; que le système des fosses fixes y prévaut, que les casernes égyptiennes, comme tous les lieux publics, proclament à tous les sens la doctrine pythogénique de la fièvre typhoïde, la population civile et militaire n'ayant jamais payé, en tout temps, qu'un faible tribut à l'endémie typhoïde; nous croyons qu'il faut surtout y voir l'aboutissant d'une fièvre rémittente palustre, ou, plus justement encore, climatique, sévissant sur des non-acclimatés. Ce sont là les enseignements d'une pratique demi-séculaire en Algérie, enseignements que les événements de Tunisie ont pleinement confirmés. A Chypre, et dans la dernière guerre du Zululand, les mêmes faits s'étaient déjà produits avec plus de force démontrative encore, et d'excellents esprits, comme le docteur Boulton, n'avaient pu échapper à une assimilation qui s'imposait qu'en admettant, par une suprême confusion, que la fièvre rémittente palustre pouvait donner lieu à l'ulcération des glandes de Peyer. Plus logique, le médecin en chef Woolfryes admettait l'existence de la fièvre typho-malariale, résultat d'un double empoisonnement, typhoïdique et paludéen. Cette conception peut être défendue; mais qu'une solution ou l'autre ait prévalu, c'est dans ces termes que nous eussions désiré voir se poser le problème étiologique, et nons devons constater, jusqu'à présent, qu'il ne l'a pas été.

R. Longuet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 février 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Communication : Des relations du rachitisme avec la syphilis héréditaire. Discussion. — Rapport sur une observation de fistule faciale d'origine dentaire prise pour une fistule lacrymale. — Présentation de pièce pathologique : Cancer secondaire de la cloison recto-vaginale.

M. Parrot a la parole pour une communication sur les rapports du rachitisme avec la syphilis héréditaire.

On se rappelle qu'à la suite d'une observation communiquée dans la dernière séance par M. Lannelongue, relative à un cas de rachitisme au plus haut degré, chez un enfant né d'une mère syphilitique, M. Verneuil demanda à la Société de chirurgie d'accorder un tour de faveur à M. Parrot qui, ainsi que tout le monde le sait, a fait une étude spéciale de la question des rapports du rachitisme avec la syphilis héréditaire, et qui a rassemblé une collection très remarquable de pièces pathologiques qui tendent à démontrer ces relations.

C'est pour répondre à cet appel que M. Parrot est venu aujourd'hui faire sa communication avec nombreuses pièces à l'appui.

Il y a longtemps, dit-il, que la question du rachitisme a été étudiée, principalement en Angleterre où elle a été l'objet de nombreux et importants travaux. Mais les lésions de la syphilis héréditaire sont connues depuis un temps beaucoup moins long. Au début de ses recherches, M. Parrot, apercevant des relations tout à fait intimes entre les lésions de la syphilis héréditaire et le rachitisme, mais imbu des doctrines courantes, s'était efforcé de trouver des différences entre ces lésions et le rachitisme. A la suite de longs et stériles efforts, il finit par reconnaître qu'en somme la syphilis héréditaire et le rachitisme sont unis par les liens les plus intimes. S'il ne l'avait pas vu tout d'abord, c'est qu'il ne s'était pas préoccupé de mettre ces lésions en regard de l'âge de la maladie.

Supposons un individu qui n'a jamais vu du blé : en se promenant dans la campagne, au mois d'avril, il aperçoit un brin d'herbe, puis, au mois de juin, un épi arrivé à maturité. S'il n'a pas suivi les transformations du brin d'herbe pour arriver à l'état d'épi mûr, il ne pourra pas comprendre que ce brin d'herbe et cet épi sont une seule et même chose, du blé. C'est là l'image des relations de la syphilis héréditaire avec le rachitisme; celui-ci n'est, en réalité, que de la syphilis arrivée à maturité et ayant subi une série de transformations particulières qui l'ont fait passer de l'état de grain ou de brin d'herbe à l'état d'épi mûr. En suivant ces transformations, on s'élève, par degrés, de la syphilis héréditaire élémentaire au rachitisme. Or, il s'agissait d'établir ces relations; les questions d'étiologie sont toujours difficiles, mais elles sont particulièrement difficiles et délicates quand il s'agit de la syphilis. L'enfant malade que l'on a sous les yeux, vient-il d'une source syphilitique certaine? Problème des plus ardus! On n'a pas souvent les parents sous la main; quand on les a, les uns ne savent pas s'ils ont eu la syphilis, les autres ne veulent pas le savoir. Il importe donc d'apprendre à reconnaître la nature syphilitique des lésions observées chez l'enfant, en dehors des parents.

M. Parrot croit avoir résolu le problème.

Or, ce problème se complique de deux questions; il ne suffit pas de déterminer que l'enfant est actuellement en puissance de syphilis héréditaire, il faut encore savoir reconnaître les traces plus ou moins effacées d'une syphilis antérieure.

Rien de plus facile et, pour ainsi dire, de plus banal que de reconnaître les lésions actuelles de la syphilis chez un enfant âgé de quelques jours ou de quelques mois : le diagnostic est écrit en quelque sorte sur les fesses, les cuisses, la face, la bouche du petit malade; ce sont les syphilides cutanées et les syphilides muqueuses.

Un second moyen de diagnostic, mais de diagnostic *post mortem*, malheureusement, c'est l'examen des viscères et la constatation des lésions viscérales, toujours très difficiles à déterminer sur le vivant.

Un troisième moyen de diagnostic, c'est la présence d'une lésion syphilitique toute spéciale sur la langue, de la syphilide desquamative de cet organe. Toutes les fois qu'on la rencontre sur un enfant, on peut assurer avec certitude l'existence de la syphilis héréditaire.

Il y a encore d'autres moyens de diagnostic, dont deux ont une importance capitale, indices d'une syphilis ancienne. Ce sont les stigmates, les traces laissées par la syphilis héréditaire. Ce sont des cicatrices existant en des points toujours les mêmes et de même apparence : les unes siègent sur la peau des fesses et des cuisses sous forme de taches, de macules; les autres traces ont pour siège les dents et se présentent sous forme d'érosions, d'atrophie, portant sur les dents de la première et de la deuxième dentition. Elles ont été divisées par M. Parrot en plusieurs catégories : 1° les altérations en *cupules* ou *cupuliformes* de la face antérieure et de la face postérieure des incisives; 2° les altérations en sillons, *sulciformes*, de ces mêmes incisives; 3° les altérations *cuspidiennes* des canines et des premières molaires; 4° les altérations en *hache* appartenant aux dents de la première dentition qui sont érodées à la base, de manière à les faire ressembler à un fer de hache; 5° enfin, les altérations connues sous le nom d'altérations de Hutchinson et qui appartiennent aux dents de la première et de la deuxième dentition.

Ces altérations des dents sont absolument typiques; elles se présentent toujours sur les mêmes dents, sous les mêmes formes, dans le même ordre, aux mêmes âges; elles constituent, quoi qu'en ait dit M. Magitot, un caractère certain de syphilis héréditaire; et ce caractère est d'autant plus précieux qu'il peut persister pendant toute la vie comme un témoignage certain de l'existence antérieure de cette maladie.

Toutes les fois donc que l'une des lésions précédemment indiquées existe chez un enfant, on a l'indice et la preuve certaine d'une syphilis actuelle ou passée.

A partir des derniers mois de la vie intra-utérine jusqu'à une période voisine de la deuxième dentition peuvent se produire, en outre, sous l'influence de la syphilis, des lésions du squelette, toujours identiques à elles-mêmes et ayant pour forme dernière le rachitisme. Ces

lésions osseuses, en les suivant pas à pas, conduisent l'observateur par des transformations graduelles jusqu'à l'altération propre au rachitisme.

M. Parrot divise ces lésions en trois types principaux ayant des variétés et des nuances intermédiaires. Ce sont : 1° les ostéophytes dures ou chondro-calcaires; 2° l'atrophie gélatiniforme ; 3° la dégénérescence spongoïde.

Quand on examine attentivement les os atteints de lésions de ces différents types, on voit que l'un quelconque de ces types retient toujours du type précédent quelque caractère particulier qui permet de passer par des transitions successives d'un type à un autre. On peut ainsi représenter, en quelque sorte, le tracé statigraphique de toutes ces lésions, depuis le type de l'ostéophyte dure jusqu'à la forme rachitique la plus complète.

D'autre part, il ne faut pas oublier que la syphilis peut, chez certains individus, sommeiller pendant un temps plus ou moins long, si bien que, lorsqu'elle vient à se réveiller, si l'enfant a dépassé l'âge auquel se manifestent ordinairement telles ou telles lésions correspondantes, ces lésions feront alors défaut et il se produira dans l'ordre de succession de ces lésions, dans le tracé statigraphique, des lacunes qui ne permettront pas de saisir toujours les traces de toutes les périodes de l'évolution pathologique.

Voici maintenant la description abrégée de toutes ces étapes du rachitisme :

Dans le premier type, l'os apparaît avec ses caractères à peu près normaux, seulement il est déformé ; il est plus volumineux que l'os normal à cause des ostéophytes qui peuvent doubler son volume. Epiphyses et diaphyses ont leur constitution à peu près normale, sauf la présence des ostéophytes caractéristiques de cette période et la disposition des fibres qui est perpendiculaire au lieu d'être parallèle à la direction de la diaphyse. Il y a des os sur lesquels la lésion se manifeste avec une sorte de préférence, ce sont le tibia et l'humérus; le tibia à sa face interne, qui est excavée d'une manière toute particulière; l'humérus à sa partie inférieure et à sa face postérieure. Ce sont les points qui présentent le summum, la forme typique et pathognomonique du rachitisme.

Le type d'ostéophytes dures s'observe sur les fœtus macérés, sur des enfants de 1 jour à 1 mois et 6 semaines.

Le deuxième type, ou d'*altération gélatiniforme,* est caractérisé par la destruction du tissu spongieux de la périphérie et son remplacement par une masse gélatineuse dont la teinte varie de la couleur cerise à la teinte jaunâtre. En même temps que cette disparition du tissu spongieux de l'os, on observe des ostéophytes à la périphérie comme dans le premier type. Entre ces ostéophytes et la diaphyse existe une mince couche de tissu médullaire.

Enfin, dans ces cas, à l'extrémité des os des membres, on constate de véritables brisures qui ne sont pas de simples décollements des épiphyses, mais de véritables brisures des extrémités de la diaphyse. Ces lésions donnent lieu à ces pseudo-paralysies syphilitiques qui ont été prises à tort pour des cas de paralysie spinale infantile.

Le troisième type est caractérisé par la continuation et l'aggravation de l'altération précédente. Les extrémités des os longs qui avaient commencé à devenir malades le deviennent de plus en plus et l'on observe ce bourgeonnement du tissu spongoïde si bien décrit par M. Jules Guérin et par d'autres observateurs. Le cartilage épiphysaire entre en prolifération, devient bleuâtre, mou, exubérant et pénétré par des bourgeons; tout le tissu spongieux se décalcifie; la diaphyse s'entoure d'ostéophytes qui ne sont plus dures, comme dans le premier type, ni gélatiniformes, comme dans le second, mais spongoïdes. Ces ostéophytes de tissu spongoïde occupent à la fois les extrémités des os longs, la diaphyse et les cartilages épiphysaires.

Il n'existe aucune différence entre l'altération osseuse syphilitique arrivée à ce degré et l'altération caractéristique du rachitisme. C'est en vain que M. Parrot et d'autres auteurs après lui ont cherché des distinctions. Quant on a suivi pas à pas toute cette évolution pathologique : altération chondroïde, médullisation, lamellisation, flexion, décalcification, brisure, etc., il est impossible de ne pas arriver à cette conclusion que la même cause a produit toutes ces altérations depuis la première jusqu'à la dernière.

Quand on a pratiqué beaucoup d'autopsies, on voit que 90 fois sur 100 ces altérations existent sur des enfants atteints de syphilis héréditaire ou qui en ont été atteints. Il n'est pas difficile de combler les lacunes pour les dix autres cas. Il peut se faire que des lésions syphilitiques viscérales aient passé inaperçues; il peut se faire que des manifestations syphilitiques antérieures aient existé qui n'ont pas laissé de traces; il peut se faire, enfin, que la syphilis héréditaire, qui d'ordinaire se manifeste par une succession de lésions diverses ayant leur siège sur la peau, les muqueuses, les viscères, les os, concentre, dans certains cas, toute son action sur le système osseux exclusivement. Rien ne prouve qu'il n'en soit pas ainsi. De tous les organes de l'économie, ceux qui sont le plus fréquemment atteints par les manifestations de la syphilis héréditaire, ce sont les os. Ils sont les premiers et les derniers atteints. Lors donc que l'on constate les altérations précédentes dans le système osseux des sujets chez lesquels

il n'est pas possible de démontrer l'existence actuelle ou antérieure de la syphilis, il est rationnel de mettre ces altérations sur le compte de la syphilis héréditaire.

Quand on considère, d'ailleurs, que ces altérations ont des formes absolument typiques, que l'on peut les suivre dans toute leur évolution, qu'elles conservent leurs mêmes caractères et leurs mêmes formes typiques, tant sous le rapport de l'anatomie macroscopique qu'au point de vue de l'histologie, il est impossible d'admettre que ces lésions si typiques, si systématiques ne reconnaissent pas toujours une seule et même origine, la syphilis.

D'autre part, si l'on a présente à la pensée l'étiologie classique du rachitisme, on ne peut manquer d'être frappé de la confusion et du chaos des causes attribuées à cette maladie.

Tous les vices qui peuvent atteindre la nature humaine, et particulièrement l'ivrognerie, ont été successivement invoqués. Puis on a accusé les *ingesta*. M. Jules Guérin a dit tout d'abord que le rachitisme provenait de ce que l'on allaitait trop longtemps les enfants, puis, passant à une opinion diamétralement opposée, il a soutenu que le rachitisme avait pour cause le sevrage trop hâtif et une alimentation prématurée qui n'est pas en rapport avec les facultés digestives et assimilatrices de l'enfant.

M. Simon voit la cause du rachitisme dans un travail chimique incomplet de l'estomac, par insuffisance d'acide chlorhydrique, d'où insuffisance des sels calcaires dans l'organisme et partant dans le tissu osseux.

Paul Broca veut que le rachitisme se développe toutes les fois que la nutrition est troublée.

M. Bouchut accuse l'inflammation de l'intestin, ou l'entérite. Après les ingesta, les circumfusa. On a pensé que le rachitisme était produit par le défaut d'air et de lumière, par l'humidité froide ou chaude, etc.

Qui n'aperçoit la confusion de ces causes et l'insuffisance de ces explications? Cette étiologie ne tombe-t-elle pas, d'ailleurs, d'elle-même devant ce fait que le rachitisme frappe aussi bien l'enfant du riche que celui du pauvre, l'enfant placé dans les meilleures conditions d'hygiène que celui à qui ces conditions font plus ou moins défaut?

A une maladie unique, aussi générale et aussi déterminée que le rachitisme, il ne peut y avoir qu'une cause, et M. Parrot croit l'avoir trouvée dans la syphilis héréditaire. Aucune autre des causes invoquées ne peut, suivant lui, donner aussi bien la clef des manifestations rachitiques. Ce n'est pas à dire, toutefois, que la mauvaise alimentation, le sevrage prématuré, une hygiène défectueuse, etc., n'aient pas leur influence dans la genèse de la maladie, mais elles n'auraient d'autre puissance, suivant M. Parrot, que de préparer le terrain dans lequel se développera le germe de la syphilis héréditaire; si ce germe ne préexiste pas, il n'y aura pas de rachitisme.

M. Parrot fait successivement passer sous les yeux des membres de la Société de chirurgie une collection de pièces anatomiques et des dessins qui montrent d'une manière évidente, suivant lui, les relations intimes de la syphilis héréditaire avec le rachitisme. Il présente également trois enfants chez lesquels la coexistence du rachitisme et de la syphilis ne saurait être révoquée en doute.

M. Magitot croit devoir faire quelques réserves au sujet de l'interprétation donnée par M. Parrot à ces lésions indélébiles de la couronne, surtout aux dents permanentes, qui ont reçu le nom d'*érosion*, et que M. Parrot considère avec Hutchinson comme des signes pathognomoniques de la syphilis héréditaire.

L'érosion est caractérisée tantôt par des échancrures demi-circulaires ou en coup d'ongle du bord libre, tantôt par des sillons simples ou multiples, linéaires ou pointillés, tantôt encore par des bandes atrophiques, en *nappes* ou *gâteaux de miel*, etc., toutes dispositions dues à ce que, sous l'influence d'une cause perturbatrice quelconque, la formation du tissu de l'émail et de l'ivoire a été troublée ou interrompue pendant un temps plus ou moins long.

Mais si M. Magitot est d'accord avec M. Parrot sur le mécanisme de cette altération, il n'en est pas de même de l'interprétation étiologique. La divergence de son opinion s'appuie sur les arguments suivants :

1° Les lésions caractéristiques de l'érosion dentaire se rencontrent chez des sujets absolument indemnes de tout soupçon de syphilis héréditaire. M. Magitot a rapporté et publié à ce sujet un grand nombre d'observations empruntées à divers auteurs ou qu'il a recueillies lui-même, et qui ne laissent aucun doute à cet égard.

2° Des sujets notoirement atteints de syphilis héréditaire n'offrent pas l'érosion, et c'est le cas des enfants présentés aujourd'hui par M. Parrot à la Société. M. Magitot ne discute pas si le rachitisme est ou non la syphilis, mais il conteste que l'érosion dentaire puisse s'y rattacher.

3° L'érosion, dans ses formes les plus caractéristiques, n'est pas exclusive à l'homme; il se retrouve chez certains animaux domestiques que la syphilis n'atteint pas, chez le bœuf, par exemple,

4° La syphilis héréditaire est d'ailleurs incapable, suivant M. Magitot, de produire à elle seule les lésions dentaires caractéristiques de l'érosion. Son influence sur la constitution des dents est considérable sans nul doute, mais c'est par un aspect différent qu'elle se manifeste. Les dents de la syphilis infantile sont petites, atrophiées, difformes, de constitution anatomique et chimique profondément troublée, mais d'une façon uniforme et générale. Ces lésions n'ont rien de commun avec l'érosion. Elles peuvent se caractériser par un mot emprunté à M. Alfred Fournier, l'*amorphisme* et l'*atrophie*.

Quant à la cause particulière de l'érosion, elle résiderait, suivant M. Magitot, dans certaines perturbations profondes de la nutrition et dans des troubles du système nerveux central à invasion brusque, et qui se caractérisent chez le nouveau né et chez l'enfant par les manifestations extérieures de l'éclampsie.

M. Després déclare qu'il n'est pas le moins du monde convaincu par la démonstration, d'ailleurs si magistrale, de M. Parrot. Il ne peut pas laisser dire sans protestation que le rachitisme est toujours le produit de la syphilis héréditaire. Il craint que M. Parrot ne soit la victime de cette tendance naturelle qui porte tout inventeur à voir partout ce qu'il a découvert. M. Després a dans sa clientèle plusieurs enfants nés rachitiques et dont, cependant, le père et la mère n'ont jamais eu l'ombre d'une manifestation syphilitique; d'autre part, il pourrait montrer à M. Parrot des enfants nés de parents syphilitiques, dans la période d'activité de la syphilis, et qui, cependant, ne sont, à aucun degré, atteints de rachitisme.

M. Després admet, contrairement à l'opinion de M. Parrot, l'influence de l'ivrognerie, de la mauvaise alimentation, du sevrage prématuré et des conditions hygiéniques défectueuses sur la genèse du rachitisme.

— M. Després lit un rapport sur un travail de M. le docteur Parinaud, relatif à une observation de fistule faciale d'origine dentaire prise pour une fistule lacrymale. Pour expliquer la propagation de la suppuration de la canine malade jusqu'à la région orbitaire, M. Parinaud suppose que le pus a cheminé par les canalicules osseux. Mais M. Després, considérant comme impossible le passage du pus par les canalicules osseux sur un os vivant, substitue à cette théorie une explication qui lui paraît mieux fondée, à savoir la propagation de l'inflammation par les vaisseaux lymphatiques qui se rendent du périoste alvéolo-dentaire au trou sous-orbitaire.

M. Magitot dit qu'on ne peut se rendre compte des fistules faciales d'origine dentaire que par l'existence d'une *périostite alvéolaire*. Une fistule d'origine dentaire et l'abcès qui l'a précédée auront un siège et un trajet variable, suivant le rapport anatomique qui existera entre le point de la racine affecté de périostite et le vestibule de la bouche. Si la périostite occupe une dent dont la totalité de la racine répond à la cavité vestibulaire, l'abcès sera ginvival et s'ouvrira dans la bouche; si, au contraire, le point frappé de périostite se trouve à un niveau plus profond que la limite du sillon du vestibule, le trajet se dirigera vers le tissu cellulaire de la face et la fistule sera cutanée. Tels sont les cas les plus ordinaires et on y retrouve aisément l'identité de niveau entre la lésion initiale périostique et l'orifice cutané ou muqueux de la fistule.

Lorsque la fistule vient aboutir à un point beancoup plus distant, le bord orbitaire, la région lacrymale, comme dans le cas de M. Parinaud, la région malaire, etc., le mécanisme est un peu différent, mais M. Magitot n'accepte ni l'explication de M. Parinaud, la propagation par les canalicules osseux, ni celle de M. Després, la propagation par les lymphatiques. Pour lui le mode de propagation est ici fort simple. Du point initial de la périostite, il se produit par continuité une ostéite de la paroi alvéolaire, qui gagne de proche en proche le tissu osseux, soit en suivant le trajet des vaisseaux, soit en progressant au sein même du maxillaire. L'inflammation atteignant, à un moment donné, la surface de l'os, y produit une ostéo-périostite phlegmoneuse, qui envahit les parties molles voisines et s'ouvre sur la peau. C'est par cette voie que la fistule, dans le cas de M. Parinaud, a gagné la région lacrymale.

— M. Nicaise met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique qu'il a recueillie sur une femme de 60 ans, morte dans son service d'un cancer de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle. Ce qui fait l'intérêt de cette pièce, c'est l'existence d'un cancer secondaire colloïde de la paroi recto-vaginale, le rectum et le vagin, comme l'utérus, étant d'ailleurs restés indemnes. Le cancer primitif avait son siège dans l'intestin grêle. — A. T.

VARIÉTÉS

LA RÉGLEMENTATION SANITAIRE EN NORWÈGE.

La réglementation sanitaire, en Norvége, a été organisée par la loi du 16 mai 1860. Chaque district rural ou urbain doit posséder un bureau sanitaire dont les membres sont les suivants : un médecin du district, un ingénieur, un magistrat et trois citoyens.

Tout cas de maladie contagieuse est déclaré au président du bureau sanitaire par le chef de la famille. On en prend acte, et le médecin est requis de constater la nature de chaque cas ainsi déclaré. L'invasion d'une maladie contagieuse ou épidémique peut menacer la santé publique ? Le bureau sanitaire possède les armes légales pour intervenir. Il peut subdiviser le district en régions secondaires ; chacune est placée sous la surveillance spéciale d'un médecin. De plus, il désigne le personnel sanitaire, établit, quand il y a lieu, des hôpitaux temporaires et, au besoin, peut requérir à cet effet les habitations convenables, pour l'occupation desquelles une indemnité est accordée au propriétaire par un jury spécial.

Chaque bureau sanitaire élabore une réglementation qui, après avoir reçu la sanction de l'autorité centrale, devient exécutoire dans chaque district. A Christiania, par exemple, on a imposé aux médecins l'obligation de déclarer quotidiennement les cas de maladies contagieuses : variole, choléra, typhus, dothiénentérie, scarlatine, rougeole, fièvre puerpérale, érysipèle, diphthérie et dysentérie. Chacune de ces maladies est soignée dans un hôpital ou dans une division hospitalière spéciale ; mais en dehors de ces sections d'isolement, il existe un hôpital d'observation, qui reçoit les malades suspects, et permet de les soigner temporairement sans danger pour eux ni pour les autres.

Un cas de maladie contagieuse est-il signalé ? Le médecin traitant peut directement l'envoyer à l'hôpital, où il est reçu tout de suite. Les hardes et le lit sont alors purifiés par la chaleur et la chambre désinfectée par la combustion du soufre. Si le malade est un typhique, on désinfecte les fosses d'aisance. Ces mesures d'assainissement sont sous la surveillance et la responsabilité des médecins sanitaires de quartier. Enfin, si nous en croyons le *Sanitary Engnier* (5 octobre 1882) auquel nous empruntons ces détails, le médecin traitant qui a des motifs pour ne pas envoyer le malade à l'hôpital, doit faire appel au médecin ou à l'officier sanitaire, fonctionnaires qui possèdent sur ce point un pouvoir discrétionnaire. Il est très rare, d'ailleurs, surtout dans les cas de typhus ou de variole, d'obtenir cette autorisation.

La législation de nos futurs bureaux sanitaires sera sans doute moins farouche. Espérons tout au moins que leur direction sera entre les mains de médecins compétents et responsables. Mais à quoi bon des souhaits stériles pour le ministère de la santé publque qu'on nous promet toujours..... de créer dans le vingtième siècle, sinon plus tard ! — L. D.

FORMULAIRE

PONCTIONS CONTRE L'ŒDÈME.

Pour débarrasser les membres inférieurs de la sérosité œdémateuse, en les mettant à l'abri de l'érythème et de l'érysipèle, qui sont toujours à redouter en pareil cas, on a recours à l'igni-puncture, qu'on exécute avec de petites aiguilles rougies à la flamme d'une lampe à alcool.

Pour arriver au même résultat, le docteur Wickens a proposé le procédé suivant : après avoir bien huilé le membre, on pratique 20 ou 30 piqûres avec une aiguille à bec de lièvre, dont on enfonce la pointe jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané ; puis on couvre ces piqûres d'éponges imbibées d'une solution d'acide salicylique. Les éponges absorbent la sérosité, et en empêchent la décomposition. On les renouvelle toutes les 2 ou 3 heures. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Le vendredi 23 février est mort le baron Jules Cloquet, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur honoraire de la Faculté de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux, commandeur de la Légion d'honnenr. Il était âgé de 92 ans.

Les obsèques auront lieu le mercredi 28 courant, à midi très précis, en l'église de la Madeleine.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Le nombre des places mises au concours de l'agrégation

de chirurgie et d'accouchement est de quinze, qui se répartissent de la manière suivante pour les différentes Facultés de France.

Paris : 3 places de chirurgie et 1 place d'accouchement; — *Bordeaux :* 2 places de chirurgie; — *Lille :* 2 places de chirurgie; — *Lyon :* 3 places de chirurgie et 1 place d'accouchement; — *Montpellier :* 1 place de chirurgie; — *Nancy :* 2 places de chirurgie.

La première séance dudit concours aura lieu le jeudi 1er mars à cinq heures, à la Faculté de Médecine de Paris, salle des thèses. L'ordre du jour comporte : 1° La constitution du jury; 2° la détermination des jours et heures des séances; 3° le choix des sujets de la composition écrite qui sera donnée le lendemain 2 mars aux candidats sur une question d'anatomie et de physiologie; 4° l'appel des candidats.

Eaux minérales. — Le Parlement français vient de produire une nouvelle loi, dont voici la teneur :

« Article premier. — L'emploi de médecin-inspecteur des établissements d'eaux minérales naturelles ne donne droit à aucune rétribution, soit de la part de l'État, soit de la part des propriétaires de ces établissements.

« Art. 2. — Sont abrogées toutes les dispositions législatives contraires à la présente loi, et notamment, l'article 18, titre III de la loi du 14 juillet 1856, et les articles 22 à 33 inclusivement du décret du 28 janvier 1860, rendu pour l'exécution de ladite loi.

« La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

« Fait à Paris, le 12 février 1883. »

Après avoir lu ce texte, on se demande comment il s'est trouvé un ministre qui ait consenti à s'occuper et à occuper le parlement d'une pareille vétille, en présence des grandes mesures législatives que la France attend de ses représentants. Et cette petite loi était bien inutile. En effet, si le décret du 28 janvier 1860, article 7, règle le traitement des médecins-inspecteurs des établissements thermaux, en exécution de la loi du 14 juillet 1856, ce traitement n'est pas payé. Car la France est peut-être le pays où l'on fabrique le plus de lois, mais aussi celui où on les applique le moins.

Beaucoup de personnes pensent, avec juste raison, qu'il y aurait lieu de réformer plus ou moins profondément, par une grande mesure générale, la législation relative aux sources médicinales qui sont une partie de la richesse du sol de la France et un élément d'utilité publique; mais la loi nouvelle, qui a trait seulement à un point restreint, et qui n'a pas d'autre visée que d'enlever un peu d'argent au corps médical, est mesquine et indigne du gouvernement d'une grande nation. Elle est une nouvelle affirmation de ce principe, qui paraît enraciné dans l'administration, en France (mais en France seulement) : faire travailler le plus possible les médecins, sans les indemniser, ou en leur accordant (autopsies, expertises médicales, etc. etc.) une indemnité qu'on n'oserait pas offrir à un homme de peine ! — G. R.

Asiles publics d'aliénés. — Par arrêté préfectoral en date du 15 février 1883, M. Béraud (R.-O.-P.), interne en médecine à l'asile public d'aliénés de Vaucluse, est attaché en la même qualité à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, en remplacement de M. Millet, appelé à un autre emploi.

M. Ladoucette (E.-E.), désigné à la suite du concours du 4 décemPre 1882 pour exercer, pendant l'année 1882, les fonctions d'interne provisoire en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, remplace à l'asile public d'aliénés de Vaucluse M. Béraud, qui passe à Sainte-Anne.

— Une session d'examen pour l'admission des aspirantes sages-femmes à la clinique d'accouchement aura lieu le jeudi 8 mars 1883, à neuf heures très précises du matin. Les inscriptions seront reçues au secrétariat jusqu'au samedi 3 mars prochain inclusivement, de midi à trois heures.

Service du traitement a domicile. — MM. les médecins des XVIIIe et XIXe arrondissements de Paris sont informés que, le dimanche 4 mars 1883, il sera procédé, dans une des salles de la mairie de chacun de ces arrondissements, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Jules Cloquet avait été président de l'Académie ; c'est pourquoi la séance a été levée en signe de deuil.

Depuis longtemps, le doyen des chirurgiens français et des professeurs de la Faculté de médecine était retiré de la vie active. Il est mort à 92 ans.

La carrière du baron Cloquet n'a pas laissé d'être brillante. Né à Paris en 1790, nommé interne en 1811, docteur en 1817, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis en 1818, il fut membre de l'Académie en 1821, agrégé en 1824, et obtint en 1831 la chaire de pathologie externe contre Blandin, Gerdy, Bérard, Velpeau et les deux Sanson. En 1834, il devint professeur clinique, membre de l'Institut en 1855, commandeur de la Légion d'honneur en 1860 ; Napoléon III le décora du titre de baron.

Parmi ses travaux, nous rappellerons sa thèse inaugurale, *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen* ; deux mémoires couronnés par l'Institut, *Anatomie des vers intestinaux* et *calculs urinaires ;* plusieurs mémoires d'anatomie, *muscle crémaster*, *membrane pupillaire*, *voies lacrymales*, etc. ; trois thèses de concours, pour la place de chef des travaux, l'agrégation, le professorat ; des articles de dictionnaire, etc.

Jules Cloquet avait disparu depuis tant d'années, que les chirurgiens d'aujourd'hui l'ont peu connu, et n'ont guère vu de ses travaux que quelques épaves conservées çà et là dans les livres d'études. Sa mort serait à peine une actualité, si elle ne laissait vacante une seconde place à l'Institut.

L'Académie des sciences, déjà veuve de Sédillot, a maintenant deux vides à combler, deux fauteuils qui longtemps ont appartenu à des chirurgiens, Larrey, Percy, Boyer, Dupuytren, Velpeau, avant d'appartenir aux chirurgiens Sédillot et Cloquet. A qui va-t-elle donner la succession de ces illustres morts ?

Elle possède aujourd'hui les quatre noms qui suivent : Vulpian, physiologiste et médecin ; Marey, physiologiste sympathique aux médecins ; Paul Bert, physiologiste qui n'a pas de sympathie pour les médecins ; Gosselin, professeur de clinique chirurgicale. Ainsi, « la section de médecine et de chirurgie » comprend un médecin et un chirurgien, plus trois physiologistes ; le tout en quatre personnes, ce qui est une preuve du génie envahissant de ces derniers.

M. Brown-Séquard est un éminent physiologiste. On dit qu'il a fait de la médecine en Amérique. M. Jules Guérin... Mais nous ne savons pas quels sont les candidats qui se présentent.

L'Académie des sciences ne sera pas en peine ; elle n'a qu'à étendre la main pour trouver des sujets dignes de compléter « la section de médecine et de chirurgie. » Pour donner des successeurs à Sédillot et à Jules Cloquet, pour renouer la chaîne de la tradition, pour conserver à la clinique ses droits contestés, les Richet, les Verneuil ne sont-ils pas là ? — L.-G. R.

Prix Barbier. — D'après les dispositions du baron Barbier, la Faculté de médecine de Paris décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

CLINIQUE MÉDICALE

OBSERVATION D'UN CAS DE MALADIE DE BRIGHT. — SUITES ET COMPLICATIONS D'UN MAL VERTÉBRAL DE POTT D'ORIGINE RHUMATISMALE. — MORT.

Note envoyée à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 11 novembre 1882,

Par le docteur BERGEAUD.

Dans le No 120 de l'UNION MÉDICALE, à la date du 15 octobre 1879, je publiais l'observation d'un mal vertébral de Pott, produit par un arthro-rhumatisme persistant de la colonne cervicale, contracté à Paris, mais dont l'éclosion et l'évolution complètes se firent sous le ciel des Antilles. Il s'attachait pour moi à cette étude un double intérêt : c'est d'abord que l'origine rhumatismale du mal de Pott est un peu exceptionnelle, même dans les pays tempérés, et qu'ensuite le développement de cette affection sous la zone torride est une sorte de curiosité pathologique. La pathogénie des affections articulaires est pauvre dans ce climat, et lorsqu'elles s'y manifestent, elles atteignent rarement quelque gravité. Rarement aussi y rencontre-t-on à leur suite les tumeurs blanches, la carie, la nécrose, les altérations chroniques des surfaces articulaires. Il n'y a donc pas à s'étonner que les auteurs des ouvrages sur la pathologie exotique soient absolument muets sur le mal vertébral de Pott. O. Saint-Vel, dans son *Traité des maladies intertropicales*, résume l'opinion presque générale dans un passage qui nous semble digne d'être rapporté dans son entier : « Presque toujours, écrit-il, dans le diagnostic difficile des « tumeurs de l'aine, on peut éliminer les abcès migrateurs qui, descendant des « portions dorsales et lombaires du rachis, viennent proéminer dans cette région. « La place restreinte qu'ont dans la pathologie intertropicale les affections du sys- « tème osseux, explique l'extrême rareté du mal de Pott aux Antilles. *Je n'en con- « nais aucune observation.* Cette affection reconnaît en effet le plus souvent pour « point de départ des tubercules vertébraux, plus rarement une véritable carie ou « une ostéite, une nécrose et quelquefois la réunion de ces différentes altérations, « si rares sous ce climat. » Il y avait donc quelque séduction pour moi à suivre le développement d'une affection de ce genre et à en observer les suites, même après une guérison qui semblait s'affermir chaque jour.

Suite de l'observation. — Nous avons laissé le sujet très amélioré et quasi-guéri de son affection primitive, à la date du 4 mai 1879, et nous espérions que le résultat serait définitif; l'état général, en effet, semblait excellent, l'embonpoint était revenu, et deux petites fistules persistantes ne laissaient qu'une très légère tache sur les pièces du pansement de Lister que nous employions depuis quelques semaines.

Juillet, août. — Cependant, vers le mois de juillet, il se présentait un œdème léger sus et sous-malléolaire, œdème accompagné au mois d'août de douleurs lombaires irradiant dans les flancs, en même temps que le malade accusait de la démangeaison à l'extrémité du pénis et des symptômes de dysurie. Le jeune homme souffre aussi d'un sentiment de plénitude dans l'abdomen, qui est légèrement ballonné et tendu, ce qui dénote un certain degré d'épanchement ascitique mis en évidence par la sensation de flot.

Dès l'apparition de l'œdème aux chevilles, nous pratiquons l'examen des *urines.* Ce liquide est diminué de densité, et lorsqu'on le traite par l'acide nitrique, il donne un précipité caillebotté qui n'est pas dissous par un excès d'acide, mais qui peut être redissous par de l'acide concentré; de même, après avoir aiguisé l'urine par une goutte d'acide nitrique versée avec précaution le long de la paroi de l'éprouvette, si l'on vient à chauffer, on obtient un dépôt semblable au précédent, qui ne disparaît pas si l'on y verse de l'acide en excès. Il se forme trois couches dans l'éprouvette, l'une superficielle dégageant des vapeurs de gaz azoteux, la seconde intermédiaire, blanche et chargée d'albumine, la troisième légèrement rosée et passant plus tard à une nuance plus marquée, et cela lorsque l'on met quelque précaution à exécuter la première opération par l'acide azotique seul, ajouté lentement et goutte à goutte à l'urine.

C'est donc à n'en pas douter une néphrite albumineuse qui vient assombrir notre pronostic.

Septembre. — L'œdème, qui s'était d'abord montré aux malléoles et qui de là s'était étendu jusqu'aux jarrets, a gagné depuis quelque temps les cuisses, les fesses et la région lombaire.

La face ne présente d'œdème qu'aux paupières et dans le sillon naso-palpébral, encore est-il léger; les mains sont restées indemnes de cet accident. Jusqu'à ce moment, l'enflure s'est donc bornée aux membres inférieurs, et cette circonstance reporte la pensée vers le diagnostic d'une dégénérescence scléreuse et peut-être amyloïde des reins, cette dernière lésion anatomique marquée par Jaccoud dans l'albuminurie lorsque l'anasarque se borne à envahir les membres inférieurs, et surtout lorsque le diabète albumineux est consécutif à une suppuration osseuse de longue durée.

Nous employons les diaphorétiques, jaborandi et pilocarpine *intus et extra;* les diurétiques, infusion de digitale additionnée de teinture de scille et d'oxymel scillitique; les toniques, chlorure de sodium (Jaccoud), 2 granules de 1/2 centigr. d'acide arsénieux par jour; la sudation, frictions stimulantes, bains chauds suivis d'enveloppement dans des couvertures de laine (méthode de Liebermeister).

12 *septembre.* — Le malade est envoyé au bord de la mer. Régime lacté que le sujet prend d'une manière assez capricieuse. Nous y ajoutons des aliments salés dans une proportion suffisante.

Hier (11 septembre) il a pris une purgation, et ses parents affirment qu'il a rendu une grande quantité de caillots noirs qui paraissent avoir séjourné dans l'intestin. Ces selles ont été suivies de déjections de sang vif et rutilant.

10 *octobre* 1879. — Depuis quelque temps le sang s'est montré plusieurs fois dans les fèces. La peau des jambes est si distendue que dans un point, au niveau du mollet gauche, elle s'est rompue et laisse écouler une grande quantité de sérosité. Les douleurs de reins se sont accentuées et atteignent les proportions d'un véritable lumbago, tant elles sont fixes et persistantes. L'urine a un peu l'aspect et beaucoup l'odeur désagréable du bouillon de bœuf; elle est écumeuse, mais rare, bien que les mictions soient fréquentes.

L'amaigrissement a été rapide, la face est aujourd'hui altérée et grippée, la faiblesse est si grande que le malade peut à peine marcher. De temps à autre le hoquet se présente d'une manière fugitive. Appétit presque nul, vomissements réitérés après chaque repas. De plus, le malade a parfois de véritables vomiques, et rend une ou deux gorgées de mucus purulent et souvent sanguinolent, le matin à jeûn. Extinction de voix persistante; il y a même eu quelques rares crachats hémoptoïques. Langue dépouillée et rôtie, diarrhée parfois dysentériforme. Les doigts sont amaigris et les ongles ont pris la forme hippocratique. A l'auscultation, les poumons présentent dans toute leur étendue des râles muqueux et sous-muqueux, et de gros *ronchus* en assez grand nombre.

Quelle est l'explication la plus rationnelle de ces accidents? Y a-t-il eu communication de l'abcès ossifluent du médiastin avec les poumons, et cette collection purulente se viderait-elle par les bronches? Est-ce de la granulie pulmonaire secondaire ou généralisée, résultat de la dépression et de l'appauvrissement de la constitution dans une néphrite parenchymateuse? (Rigal, communication à la Société médicale des hôpitaux, UNION MÉDICALE du 2 septembre 1879.)

Il y a de fréquents accès de fièvre, mais intermittents et fugitifs; ces accès sont précédés de frissons et ont toute la marche de la fièvre hectique. Peau sèche, pas de sueur, desquamation de tout le corps comme après une fièvre éruptive. Le malade affirme que depuis qu'il est enflé il ne transpire plus.

Régime lacté mixte, assez bien toléré; le sujet est autorisé à manger des viandes salées. On ne peut réussir à provoquer la diaphorèse ni par les sudations, ni par les bains de vapeur, ni par les frictions sèches. *Anurie presque totale;* miction très fréquente, mais à peu près nulle.

12 *et* 13 *octobre.* — L'œdème devient plus général. L'anasarque envahit les avant-bras et les mains, qu'elle avait respectés jusque là.

14 *octobre.* — Le hoquet, qui avait disparu, est revenu depuis hier sous une forme intermittente, qui fatigue beaucoup le patient malgré l'administration des sirops de chloral et de morphine, donnés concurremment avec le bromure de potassium. Le pouls est misérable et la déchéance est complète. — Tannate de quinine, nouvelle dose de pilocarpine.

15 *octobre.* — Ce matin, l'urine de la nuit a été plus abondante, car on a pu en recueillir un litre environ pour l'analyse.

Pas d'hématurie; le liquide est pâle et décoloré, mousse persistante; au microscope, épithélium granuleux, cylindres hyalins recueillis au fond du vase; c'est bien le type de l'albuminurie chronique. Précipité d'albumine dans une proportion de 26/1000. Le dosage de l'urée n'a pu être fait exactement, faute d'appareil, mais ce principe semble diminué.

Fin d'octobre. — Toutes les sécrétions semblent taries; l'émission de l'urine ne se fait plus que toutes les quarante-huit heures, et encore par gouttes. La salive a entièrement disparu de la bouche, au point que la langue est fendillée ainsi que la muqueuse des lèvres, à ce

point aussi que la déglutition ne peut plus s'effectuer et que l'articulation même des mots est devenue très laborieuse.

L'œdème d'abord considérable des hanches et des cuisses s'est un peu résolu sous l'influence d'une ou de deux éraillures de la peau, qui laissent échapper une abondante sérosité.

La vue a subi des changements notables. La perception des images n'est pas nette, le larmoiement est continuel. Teinte verdâtre de la pupille, qui est dilatée et déformée. Il y a des synéchies postérieures; scotomes fatigants. *A l'ophthalmoscope*, rétinite et infiltration de la papille, avec épanchements sanguinolents autour d'elle.

23 *octobre*. — Examen des urines : précipité aussi abondant que précédemment.

Le malade a des maux de tête violents, et l'on pourrait dire une encéphalopathie véritable; et cependant, quoique cette céphalée s'exagère au moindre mouvement, il passe la plupart de ses journées et une grande partie de ses nuits assis dans un fauteuil.

La digestion se fait encore malgré l'absence complète de sécrétion salivaire.

A la fièvre nous opposons les antithermiques : salicylate de soude, sulfate de quinine, puis benzoate de soude. Apyrexie totale au bout de quelques jours.

De larges phlyctènes occupent toute la région tarso-métatarsienne, de la racine des orteils au cou-de-pied, et font souffrir horriblement le malade.

Mort le 29 octobre 1879, à deux heures de l'après-midi, après une courte période d'agitation et de délire.

Autopsie. — Elle est faite six heures après la mort, grâce à mon influence personnelle sur la famille.

Le cadavre est très infiltré dans les membres inférieurs; cependant l'ascite des premiers temps de l'albuminurie a totalement disparu. La peau des pieds est en grande partie enlevée. Le corps est marqué, dans toutes les parties qui étaient primitivement œdématiées, de larges vergettures semblables à celles de la paroi abdominale des femmes qui ont été mères.

Dans le thorax les poumons sont sains, mais la plèvre médiastine du côté droit, au point où existait la fistule présternale, est très épaissie et infiltrée de sucs purulents. Pas de tubercule dans le parenchyme pulmonaire, ni sur les plèvres. A gauche, péricardo-pleurite par voisinage.

Le *péricarde* est très épaissi et contient une quantité d'eau que l'on pourrait évaluer à 400 grammes (hydropéricarde). Le cœur est blanchâtre et décoloré, il nage au milieu de cette sérosité, il est légèrement hypertrophié. Endocardite légère, pas d'insuffisance ni de rétrécissement valvulaires, pas d'athérome.

Foie gras; il est infiltré de matière graisseuse et tache le papier; il a l'aspect granité du foie muscade, mais il est très pâle et n'a pas un volume sensiblement supérieur au volume normal.

Reins. Ils sont au moins quadruplés de dimension. Le rein droit surtout pourrait être comparé pour la grosseur à un rein de bœuf. La capsule et l'enveloppe fibreuse sont assez adhérentes. La substance corticale est pâle, infiltrée et friable. A la coupe, la substance tubuleuse est fortement dessinée et découpée, et l'on voit très nettement les contours des pyramides de Malpighi et de Ferrein augmentés de volume.

Au microscope, tuméfaction trouble des cellules épithéliales des tubuli. Ces canaux semblent remplis par des exsudats fibrineux.

Infarctus hemorrhagiques de la grosseur d'un pois dans la substance interstitielle et près des glomérules de Malpighi dans le rein gauche.

Sous le hile du rein droit, on trouve un kyste de la grosseur d'une noix, rempli d'un liquide trouble qui s'est échappé lorsque nous avons fait la coupe du rein, mais qui avait toute l'apparence et l'odeur de l'urine.

Les glandes salivaires sont saines.

Les articulations malades des vertèbres cervicales sont ankylosées, mais nous n'avons pu pousser plus loin nos recherches; une investigation plus profonde nous a été interdite dans cette région, le corps devant être exposé.

Réflexions. — Quelle a été la genèse de cette maladie de Bright, qui est venue si malencontreusement troubler une guérison que nous tenions déjà pour certaine. Devons-nous ninvoquer l'état local des articulations atteintes et l'effet secondaire ou contingent des tumeurs blanches vertébrales avec cette longue suppuration qui a épuisé l'économie? Devons-nous rattacher cet accident fatal et dernier à l'empoisonnement palustre (albuminurie et néphrite à la suite des fièvres maremmatiques

des régions tropicales) ? Bien que notre constitution atmosphérique soit profondément imprégnée de miasmes des marais, il n'en est pas moins positif que le malade avait dû être modifié par un séjour de quatre années à Paris, et d'ailleurs rien dans ses antécédents ne prouve qu'il ait été atteint, à une époque antérieure, de fièvres d'accès.

Nous ne voulons pas pourtant considérer l'influence des grandes suppurations et celle de la malaria comme deux facteurs absolument négligeables ici, et nous admettons volontiers qu'ils peuvent avoir contribué en quelque chose au résultat final.

Pouvons-nous admettre d'autre part que la lésion rénale était antécédente et existait, concurremment avec le mal de Pott, et que vu l'éclosion des manifestations éclatantes de celui-ci, celle-là était demeurée inaperçue en vertu de la loi : *duobus laboribus simul obortis violentior obscurat alterum*? Une pareille supposition ne saurait tenir devant l'examen attentif de l'histoire du malade; en juillet seulement, sous nos yeux, ont débuté insidieusement les symptômes albuminuriques. D'ailleurs, l'autopsie donne de vigoureuses assises à cette dernière interprétation : le malade est prématurément et presque d'emblée cachectique, et cependant, lorsqu'il meurt, il est dans tout l'épanouissement des lésions anatomiques de la période d'état de l'albuminurie; sa maladie n'a pas encore atteint la phase d'atrophie ultime, c'est la période de congestion rénale et d'exsudation, avec dégénérescence graisseuse et chute de l'épithélium. Le filtre est surmené, pour ainsi dire, par l'élimination de l'albumine (hyperleucomatie, Gnbler), et, qu'on nous permette cette comparaison hardie, il est dans une période asystolique. La lésion est certainement récente, eu égard au mal de Pott.

Deux diathèses pourraient intervenir ici pour nous donner la filiation pathogénique de la dyscrasie Brightique. L'une, la tuberculose avec la dégénérescence amyloïde des reins, soit primitive, soit secondaire, ne trouve de point d'appui ni dans les symptômes durant la vie, ni dans l'anatomie pathologique *post mortem*. Les antécédents de famille sont indemnes de tubercules, les commémoratifs personnels du sujet sont très nets sous ce rapport et nous n'y trouvons rien qui ne puisse rentrer dans le cadre du rhumatisme et relever de la diathèse arthritique. (Mal de Bright arthritique, néphrite parenchymateuse goutteuse).

Au contraire, pour ce qui a trait au rhumatisme, les antécédents de famille sont probants : le père du jeune homme, de tempérament herpétique, est sujet à des douleurs rhumatoïdes depuis quelques mois et, coïncidence récente, le frère aîné du malade est atteint depuis peu de rhumatismes noueux polyarticulaires. D'ailleurs, pour ce qui a trait au sujet personnellement, l'éclosion évidente à Paris de manifestations rhumatismales polyarthritiques, n'a-t-elle pas été constatée par le professeur Hardy, le docteur Firmin et par moi-même. Nous sommes donc, pour le mal de Bright, en face de la même individualité morbide : le rhumatisme. « Mais, il arrive souvent qu'une perturbation survenue dans telle espèce de subs- « tance organique d'une humeur ou d'éléments anatomiques en détermine une « autre analogue ou différente dans d'autres espèces avec la série des troubles « fonctionnels correspondants. Les nouvelles individualités morbides qui, par leur « apparition viennent compliquer celle qui est primitive, diffèrent par leur nombre « ou par leur nature, selon l'âge, le sexe, la constitution particulière de chaque « sujet, suivant les lieux, les saisons, les conditions hygiéniques, les professions, « etc. Ce qui fait qu'une maladie, ayant un nom propre d'après une lésion primi- « tive ou fondamentale, n'offre jamais une durée ni des suites identiques avec « celles d'une maladie de même nom observée chez un autre sujet ou antérieure- « ment chez le même. » (Robin). Voilà le principe, et dans l'espèce il s'applique victorieusement. Toujours en puissance de la même diathèse rhumatismale, malgré la guérison locale de son mal de Pott cervical, le sujet garde, pour ainsi dire, une porte ouverte aux manifestations qu'on aurait pu appeler autrefois métastatiques de sa maladie générale (Sydenham), et nous verrions volontiers dans la lésion rénale l'effet de la répercussion sur un organe profond de ce mal, qui semblait avoir som-

meillé durant quelque temps. De cette persistance de la dyscrasie arthritique résulte donc notre insuccès définitif, malgré des médications réputées héroïques.

Nous ne nous flattons point que ce travail soit dans toutes ses parties absolument original et inédit. Nous n'avons voulu qu'appeler l'attention sur quelques points, qui nous ont paru intéressants, et qui peuvent se résumer ainsi :

1° Rareté des affections osseuses en général, du mal de Pott en particulier, et sa guérison assez rapide et facile dans les pays chauds;

2° Origine corrélative, et liaison étiologique dans ce cas particulier, avec la maladie de Bright;

3° Substitution d'une affection à l'autre sous la même influence diathésique du rhumatisme *a frigore*, malgré l'influence curative du climat.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. le docteur Ollier (de Lyon), membre correspondant, nommé récemment membre associé national.

2° Une lettre de remercîments de M. le docteur Aubrun, lauréat de l'Académie (médaille d'argent).

3° Des lettres de candidature de M. le docteur Bouchard, professeur à la Faculté, pour la section de pathologie médicale; — de M. le docteur A. Ferrand, médecin de l'hôpital Laënnec, pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

4° Un rapport du médecin de l'hôpital des fièvreux de Dublin pendant les années 1881 et 1882.

5° Un mémoire intitulé : *De l'opération césarienne avec suture utérine*, par M. le docteur V. Poulet (de Plancher-les-Mines).

6° Un rapport de M. le docteur Bernard (de Grenoble), sur les vaccinations pratiquées dans cette ville pendant l'année 1882.

—

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. J. Cloquet, membre titulaire et doyen de l'Académie, dont il faisait partie depuis 1821.

M. J. Cloquet ayant été président de l'Académie en 1860, selon l'usage et pour honorer la mémoire du défunt, M. le Président lève la séance en signe de deuil.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des journaux italiens.

DIXIÈME CONGRÈS GÉNÉRAL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ITALIENNE,

Tenu à Modène les 19, 20 et 21 septembre 1882.

Section d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques,

président, M. le professeur Bizzozero.

Les différentes formes des microbes observés par Koch et Baumgarten, qui pour ces auteurs, jouent un rôle si important dans la phthisie, ne seraient d'après M. le docteur Pinolini que des périodes diverses du développement de ces bactériens.

M. le docteur Bergonzini dit avoir publié, en 1874, l'index des bactéries trouvées dans les crachats des phthisiques et des malades atteints de bronchites chroniques. Ce médecin a toujours pensé que ces éléments n'étaient que le produit de la décomposition de ces sécrétions.

M. le professeur Foa parle ensuite de l'action physio-pathologique d'un ferment fibrinogène. Ce ferment, a été isolé par ce médecin dans le liquide contenu dans les organes par la méthode de Schmidt. De nombreuses expériences ont prouvé son action toxique, mais non infectante.

Le même orateur expose une nouvelle propriété des globules rouges des mammifères, qui transforme les peptones en matières albuminoïdes coagulables.

M. le professeur Giacosa communique ses Recherches sur l'involucre mucilagineux de l'œuf de la grenouille. La substance de cet involucre est la mucine, qui résiste si bien à la putréfaction grâce à son état d'agglomération plutôt qu'à sa composition chimique.

Dans la dernière réunion de cette importante section, M. le professeur Foa a lu un travail des plus remarquables sur la physio-pathologie de la rate.

M. le professeur Tizzoni, après avoir enlevé sept fois cette glande vasculaire sanguine à des chiens, a trouvé deux fois sa reproduction diffuse et un grand nombre de néo-formations sur des animaux de la même espèce atteints de maladies de cet organe. Contrairement à son collègue M. Foa, il pense que la rate peut se reproduire en totalité, soit qu'on l'enlève, soit qu'elle soit détruite par la maladie.

Nouvelles méthodes pour étudier la circulation du sang, professeur Mosso.

Variations de la température cérébrale dans l'activité psychique, docteur Corso.

Sur la production des globules rouges dans les diverses classes des vertébrés, professeur Bizzozero.

Recherches chimiques et physiologiques sur les camphres, docteur Pellacani.

Quelques inoculations de bactéries, docteurs Bergonzini et G. Tonini. Les conclusions de ce travail sont différentes des faits qui ont cours actuellement dans la science.

Contribution à l'étude de l'excitation électrique des nerfs, professeur Oehl.

Sur l'enchondrome mou, docteur Conti.

Sur la propriété trouvée dans les fibres nerveuses, professeur Golgi.

Section de médecine légale et de psychiatrie, président, M. le professeur Toscani.

(Séances des 19, 20 et 21 septembre.)

Nous avons exposé, dans notre précédente revue, la proposition de loi de M. le professeur Tomassia, tendant à réformer un article du Code attentatoire à la dignité professionnelle des médecins; dans la séance du 19 septembre, cet honorable médecin a lu l'article de loi qu'il propose d'envoyer au garde des sceaux; il abroge purement et simplement l'ancien règlement. Inutile d'ajouter qu'il a recueilli l'unanimité des votes de l'assemblée.

Restant à la tribune, M. Tomassia a exposé ses vues « Sur la possibilité qu'ont les poumons de pouvoir revenir à l'état atélectasique. » Trois faits prouvant cette proposition ont été fournis par M. le docteur Giovanardi.

M. le docteur Cugini en lit un quatrième et demande à ses collègues si, dans l'éventualité pratique d'une mort par traumatisme dans de telles conditions, on pourrait admettre l'infanticide ?

Discussion à ce sujet.

M. le professeur Toscani préside la séance des 20 et 21 septembre.

Le diagnostic différentiel est très difficile à faire dans les maladies mentales dégénérées, entre celles-ci et les autres affections similaires.

M. le professeur Riva fait à ce sujet une communication des plus instructives. L'hérédité entrerait en première ligne dans les maladies mentales dégénérées.

M. le professeur Morselli, en son nom et en celui du docteur Buccola, communique « quelques observations cliniques des plus importantes comme contribution à la doctrine de la folie systématisée primitive. »

M. le professeur Tamburini provoque ensuite une sérieuse discussion sur la morphiomanie et la responsabilité devant les tribunaux des morphiomanes, qui sont parfois de simples dypsomanes avec des degrés de responsabilité, mais parfois aussi de véritables aliénés et comme tels sont irresponsables.

Des causes de la mort dans les blessures, professeur Giovardini.

Abaissement de la température chez les animaux pendant l'empoisonnement par la nicotine, professeur Tomassia.

Sur la paralysie progressive chez les femmes, professeur Bnccola.

De la cure hydrothérapique dans quelques cas de maladies mentales à formes dépressives et torpides, professeur Riva.

Des idées fixes et de la misophobia, ou folie du doute avec délire du toucher, professeur Tamburini.

Crâniotomie des épileptiques, professeur Amadei.

Crâniotomie des aliénés, docteurs Amadei et Sepilli.

Histoire de deux jeunes femmes névropathiques, professeur Tonini.

Contribution à l'étude expérimentale de l'hypnotisme, professeur Tamburini.

Contribution à l'étude des urines des aliénés, M. Ruini, etc., etc.

Section de médecine, président, M. le professeur Maragliano.

Encore un triomphe de la méthode graphique dans l'enregistrement des troubles organiques. Les vibrations costales enregistrées par un appareil spécial ont donné le moyen à M. le docteur Raymond Felletti, aide de clinique à Bologne, de reconnaître différentes modifications importantes des organes contenus dans le thorax.

M. le docteur Ascenzi présente une modification de l'appareil pneumatique de Waldenburg.

L'emploi des injections pleurales modificatrices dans la pleurésie purulente, paraît de beaucoup préférable à l'empyème à M. le professeur Riva, de Pérouse. Le lavage de la séreuse malade par l'appareil de Paoletti, qui lui semble le meilleur, aurait de grands avantages sur le traitement chirurgical; car, d'après la statistique, au lieu de rester en traitement à l'hôpital cinq mois et même plus, lorsque la chirurgie intervient, les malades n'y demeurent en moyenne que deux mois environ dans les simples injections. Cela est tout à fait exagéré, et a été relevé vivement au Congrès par M. le professeur Maragliano et le docteur Petrilli.

Notons encore les mémoires suivants :

Du salicylate de camphre, M. Prota Giurleo.

De l'emploi du sulfate de quinine chez les femmes enceintes sans provoquer l'avortement, docteur Bartolozzi.

De l'emploi du soufre dans le croup, docteur Petrilli.

Une nouvelle forme de névrose, par M. le professeur Maragliano. Le malade dont il est question est atteint d'une perturbation dans l'innervation des muscles respiratoires, sans lésion. C'est une forme d'hystérie très rare chez l'homme.

Section d'hygiène et d'histoire de la médecine (séances des 19 et 20 septembre), présidents : MM. les professeurs Gamba et Vacca.

Un ordre du jour voté à l'unanimité proclame M. le professeur Gamba comme ayant bien mérité de l'humanité et de la science, par son Étude sur les écoles des rachitiques du royaume, dont il a été le promoteur.

M. le docteur Giuseppe Veratti lit une série d'observations sur la médecine des prisons par rapport aux maladies des divers appareils.

M. le professeur Sormanni croit nécessaire pour avoir une vue d'ensemble, de coordonner les recherches médicales et météorologiques.

Les travaux et les services rendus par les cuisines économiques, celles entre autres installées dans la ville de Bergame, ont été l'objet d'un rapport chaleureusement applaudi de M. le professeur Rezzara.

L'Assemblée, à l'unanimité, exprime le vœu que des établissements semblables soient créés dans les villes et dans les campagnes du royaume.

Discussion entre MM. les docteurs Giani et Grosoli sur les systèmes de crémation. Le premier orateur demande que l'incinération soit laissée facultative; le second la demande obligatoire.

D'autres médecins prennent la parole et en fin de compte, les membres de la section d'hygiène sont d'avis de laisser cette pratique facultative, quoiqu'en la rendant possible dans toutes les villes.

M. le professeur Sormani fait ensuite une conférence très goûtée sur l'hygiène militaire, où toutes les questions qui intéressent la vie du soldat sont examinées soigneusement.

Section d'obstétrique, de gynécologie, d'oculistique, de laryngologie et d'otoiâtrie. (Séances des 19, 20 et 21 septembre.) Président, M. le professeur Businelli.

Le cancer ulcéré du col, souvent aussi les ulcérations de cet organe, semblent bénéficier de l'emploi topique de l'iodoforme; MM. les professeurs Casarini et Galli Falconi ont été très satisfaits de l'emploi de ce médicament. M. le professeur Novaro et M. le professeur Tassi n'ont pas eu à s'en louer; ils font observer qu'on peut toujours craindre un danger d'intoxication par l'iodoforme et qu'il faut en tenir compte.

M. le professeur Cuzzi fait une communication sur le forceps Tarnier et sur un nouveau pelvimètre; l'auteur n'est pas encore bien convaincu que l'instrument français fasse les tractions dans l'axe du détroit supérieur; il lui reconnaît cependant une supériorité sur le forceps ordinaire.

M. le professeur Fabbri montre à ses collègues son procédé pour placer dans le col utérin, et même dans l'intérieur de la matrice, des tentes de filasse imprégnées de différents liquides médicamenteux, astringents ou autres, et donne les bons résultats que cette pratique lui a procurés dans de nombreuses circonstances.

Un cas de rupture de l'utérus en travail avec passage du fœtus dans la cavité abdominale,

est exposé par M. le professeur Mangiagalli. L'enfant fut extrait par la plaie utérine ; un tube drainage fut placé dans l'utérus et la malade guérit.

Huit cas de fistules vésico-vaginales, professeur Novaro : 7 succès complets, 1 récidive.

Extirpation de deux fibromes interstitiels, par le même : 2 guérisons.

De l'action de l'assa-fœtida sur le développement du fœtus et comme moyen prophylactique d'aider à son développement, docteur Picinini.

Nous notons encore quelques opérations gynécologiques, entre autres les suivantes :

Sthénose congénitale de l'orifice externe du col utérin; adénome diffus et villeux du museau de tanche; forme singulière de la lèvre postérieure du museau de tanche; grave hémorrhagie à la suite de l'excision d'un polype fibreux, professeur Fabbri.

Enfin, la séance se termine par la lecture des observations d'ovariotomie de M. le professeur Mangiagalli et la présentation du pelvigraphe de M. le docteur Oliveti.

Séances de la section des maladies cutanées et syphilitiques, présidents, MM. les professeurs P. Gamberini et D. Majocchi. (Séances des 19, 20 et 21 septembre.)

Des expériences faites avec l'huile de croton dans l'herpès tonsurans, par M. le professeur Majocchi, il résulte que cette affection peut subir le stade ultérieur de kérion, par suite d'un stimulus accidentel ou provoqué. La condition favorable à cette métamorphose serait le développement mycélial du fongus; l'huile de croton ou tel autre stimulant peut du reste produire cet état.

Si l'on admet cette démonstration, il en résulte nécessairement que le kérion doit être précédé par une autre forme de mycosis tricophyton, forme relative à l'état de développement dans lequel se trouve le champignon.

Le kérion ne se reproduit pas comme kérion, mais comme mycosis tonsurans. La genèse du kérion est donc l'important de cette communication. M. le professeur Majocchi a pu reproduire expérimentalement le kérion en l'espace de deux à quatre semaines.

M. le docteur Razzaboni a lu l'observation d'un ecthyma syphilitique précoce très grave.

Nous devons encore signaler les travaux suivants :

De la syphilis héréditaire tardive, professeur Barduzzi.

Prothèse mécanique dans la syphilis du palais et de la bouche, professeur Majocchi.

Syphilis pigmentaire, professeur Manassei.

Section de chimie et de pharmacie, président, M. le professeur Manzini.
(Séances des 19 et 20 septembre.)

M. le professeur Prota Giurleo lit un travail sur le salicylate de camphre. L'honorable professeur parle ensuite du libre exercice de la pharmacie dans le royaume.

M. le docteur Sedati Pietro fait un rapport sur une eau balsamique et sur une eau antifébrile.

Sur les diverses méthodes pour préparer l'oxygène, professeur d'Emilio,

Sur les études pharmaceutiques, docteur G.-B. Bonta.

Enfin différents vœux sont formés pour le développement et l'exercice légal de la profession de pharmacien.

Section de chirurgie (Séances des 20 et 21 septembre), président, M. le professeur Mazzoni.
(Séance du 21 septembre. — Médecine et chirurgie réunies.)

De l'électrolyse dans le traitement des anévrysmes et des varices, par M. le docteur Mucci Dominique.

Une modification au couteau et au cautère thermo-galvanique de M. le professeur Bottini, pour l'incision de la prostate, est présentée par M. le docteur Tansini ; le changement apporté consiste dans le passage d'un courant d'eau froide entre le couteau et le cautère tant que dure l'opération, ce qui évite la brûlure par le calorique rayonnant.

De la méthode non sanglante pour corriger les difformités des articulations inférieures, par M. le docteur Panzeri. C'est au moyen de l'ostéoclaste de Rizzoli et le plus souvent avec les mains que ce praticien a obtenu le redressement de membres plus de 300 fois avec succès. Il a fait du reste l'ostéotomie ordinaire et a réussi 52 fois.

Nouveau procédé de taille latéralisée, par M. le docteur Gritti Rocco.

Quelques observations sur le traitement des affections osseuses dans l'enfance et sur l'abus des résections, par M. Tassi Emidio.

Un cas de néphrotomie, docteur Raffa.

De l'extirpation du larynx, par M. le professeur Novaro, qui présente à l'assemblée son opéré parfaitement guéri et, de plus, parlant assez distinctement.

Sur les cas de déformation iléo-fémorale, professeur Mazzoni.

Deux laparotomies suivies de succès, professeur Bertini.

Enfin, une observation de résection d'un genou ankylosé suivi de succès par M. le docteur Paci Agostino.

M. le professeur Caselli, dans la séance du 21 septembre, où la section de médecine était réunie à la section de chirurgie, a fait l'histoire de la résection du fibrome stomacal dont nous avons parlé dans notre dernière revue. Il en a été de même de la relation que M. le docteur Poggi a apportée à la tribune, sur l'opération exécutée récemment par M. le professeur Rizzoli; nous ne croyons pas devoir y revenir.

(*A suivre.*) Dr G. MILLOT-CARPENTIER.

VARIÉTÉS

DANGERS DE L'APPLICATION DE L'ENCRE SUR LES BRULURES.

M. le docteur C. Barbier rapporte dans le *Courrier médical* un intéressant trait des mœurs israélites à Alger. Outre les dangers de l'emploi de l'huile de pétrole comme substance d'éclairage, sa relation nous montre aussi ceux de l'application de l'encre rouge sur de vastes surfaces dépouillées de leur épiderme. La fuschine, qui est la base de l'encre rouge, est rapidement absorbée par cette voie, et, dans en cas, la mort est survenue une heure environ après son application.

« Le 18 septembre 1882, deux femmes juives, — la mère âgée de 48 ans et sa fille de 18, — remplissaient à elles deux une lampe à pétrole, en se contentant d'écarter un peu la mèche *allumée* du récipient à remplir... — Ici j'ouvre une parenthèse pour dire : Qu'attend-on donc pour prohiber entièrement le pétrole? quand mettra-t-on fin à ces horribles accidents qui arrivent *tous les jours*, malgré les avertissements de la presse?

« En 183..., le gouvernement sarde défendit (pour un temps) les allumettes chimiques sous le prétexte qu'un chat en ayant fait tomber un paquet du haut d'une cheminée, il prit feu et brûla une chaumière, — Si les sages Savoisiens traitèrent ainsi les innocentes allumettes, qu'auraient-ils donc fait du pétrole... s'il fût né à cette époque? Mais je reviens à mes deux juives *Esther* et *Rébecca*,

« Aussitôt la grande lampe et le réservoir de l'huile minérale firent explosion, et le liquide enflammé couvrit les deux pauvres malheureuses qui, seules à la maison, s'enfuirent en criant et courant tout le tour de la galerie à ciel ouvert de leur maison mauresque.

« La flamme ne les couvrit pas longtemps, car leurs vêtements, amples et légers, de gaze et de mousseline, furent vite consumés... quoique pas assez vite pourtant.

« Une henre après l'accident, j'entrai dans une grande pièce à demi éclairée par l'une des sept veilleuses du chandelier à sept branches suspendu au plafond. Là, pas de chaises, mais des tapis étendus sur de minces matelas tout le long des murs. Je m'agenouillai donc sur les bords de la couchette où se se trouvaient assises les deux pauvres martyres, le dos appuyé au mur; leurs quatre bras gesticulaient dans le vide; leurs cris étaient déchirants; leur figure et tout leur corps tachés de plaques rousses, noires ou d'un rouge vif que je ne pouvais expliquer.

« Cette couleur rouge, me dit le père de famille (un gros juif richement vêtu d'étoffes de soie et de cachemire multicolores et brodées d'or), cette coloration rouge provient de ce qu'on les a frottées avec de l'encre avant votre arrivée.

« De l'encre!... m'écriai-je. Je sais bien qu'on a employé cette teinture dans la brûlure et l'érysipèle, c'est vrai, mais l'encre *noire* (le tannate de fer), et non pas la rouge, faite avec la fuschine (1). L'absorption de cette drogue sur de larges surfaces écorchées suffisait pour les empoisonner, en dehors des accidents de la brûlure.

« Au bout de quelques minutes, la jeune fille cessa de crier, s'affaissa et tomba inerte sur couche... Elle était morte.

« Restait la mère, dont les brûlures étaient moins étendues et limitées à la figure, au cou et au bras gauche. — Qu'avais-je à faire ?.., Et d'abord combattre l'élément douleur et la fièvre traumatique en perspective; j'y réussis très bien avec la potion opiacée et chloralée. Extérieurement, j'employai tour à tour le liniment oléo-calcaire et la solution concentrée de bicarbo-

(1) Encore une substance qu'il faudrait prohiber... En attendant, que les écoliers évitent de sucer leurs plumes trempées dans l'encre rouge, que les enfants se méfient des œufs de Pâques cuits dans une teinture de fuschine, de certains bonbons rouges, etc. — J'ai vu un cas d'empoisonnement par un œuf dur dont l'albumine avait été rougie, grâce à une fissure de la coque.

nate de soude qui me paraît être le dernier mot de la science pour le traitement des stases sanguines pour cause de brûlure ou congélation, érysipèles, érythèmes, *ictus solis*, etc. — Il va sans dire que toutes mes prescriptions furent supplantées par tous les empiriques mâles ou femelles de la synagogue... Las de découvrir des pansements faits de pommes de terre râpées, d'huille de millepertuis et autres, j'abandonnai la partie devant le manque de confiance en la médication classique. Je dus me retirer après quatre semaines de soins, pendant lesquelles la malade ne quitta pas le décubitus dorsal et ne vécut que de petits morceaux de pastèque.

« A ma dernière visite, le sujet était réduit à l'état de *momie*; le pouls misérable, la respiration lente et la peau froide faisaient craindre chaque jour qu'elle ne verrait pas le lendemain. Eh bien, non, elle n'a pas succombé, car aujourd'hui, 10 janvier, j'apprends qu'elle est guérie depuis un mois. »

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 16 au 22 février 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,198. — Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 11. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 38. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 6. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 59. — Phthisie pulmonaire, 224. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 85. — Bronchites aiguës, 52. — Pneumonie, 95. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 34 ; au sein et mixte, 29 ; inconnus, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 116 ; circulatoire, 78 ; respiratoire, 89 ; digestif, 46 ; génito-urinaire, 29 ; de la peau et du tissu lamineux, 5 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 4. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 12.

Résumé de la 8e semaine. — Il a été notifié pendant la 8e semaine, au service de la statistique, 1,211 naissances et 1,198 décès.

Ce dernier chiffre est supérieur à la moyenne du nombre des décès des quatre dernières semaines, qui est de 1,153.

La comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir une diminution notable à l'égard de toutes les affections épidémiques ou contagieuses (Fièvre typhoïde, 34 décès au lieu 39 ; Variole, 11 au lieu de 14 ; Diphthérie, 38 au lieu de 55), sauf toutefois la Rougeole, qui a occasionné cette semaine 23 décès, au lieu de 14 relevés pendant la 7e semaine.

En ce qui concerne les cas d'invasion pour les trois maladies épidémiques dont l'Assistance publique communique le relevé, la situation est à peu près stationnaire. Pendant la période du 12 au 18 février, les admissions dans les établissements hospitaliers ont été au nombre de 67 pour la Fièvre typhoïde, 30 pour la Variole, 34 pour la Diphthérie. Elles avaient été respectivement, pendant la précédente, de : 69, 26, 31.

Le fait remarquable de la semaine est l'atténuation de l'épidémie diphthérique dont nous constations les progrès dans notre dernier Bulletin. La moindre quantité de cas d'invasion signalés par les médecins traitants (12 au lieu de 19 pendant la 7e semaine) permet d'espérer que cette amélioration ne sera pas interrompue.

Mais une autre maladie de l'enfance, la Rougeole, semble en voie de recrudescence. Non seulement cette épidémie a fait 23 victimes, la plupart de 1 à 5 ans, mais encore le nombre des cas dénoncés par nos confrères, qui était de 42 la semaine dernière, s'élève, pour celle-ci à 60.

L'étude de la répartition locale des décès dus à l'épidémie rubéorique montre comme plus particulièrement frappés les quartiers du *Gros-Caillou*, de *Clignancourt* et de *Charonne*, où de nombreux cas d'invasion sont signalés par les praticiens. Voilà donc des quartiers où les médecins et les familles sont avertis d'avoir à veiller de très près sur les petits enfants et de s'efforcer de les préserver de la contagion.

La mortalité reste toujours très forte, du fait surtout des maladies aiguës et chroniques des voies respiratoires, Phthisie pulmonaire, Bronchite et Pneumonie, dont les chiffres de décès, déjà très élevés les semaines précédentes, se sont encore accrus durant celle-ci.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU PSORIASIS. — LANG.

Lorsque le psoriasis occupe de larges surfaces, on détache les squames à l'aide de bains simples ou sulfureux, et de frictions de savon mou. On fait ensuite des onctions avec l'huile phéniquée à 2 p. 100, à la suite desquelles le malade s'enveloppe dans des couvertures de laine. Ces moyens suffisent, dans la plupart des cas, à produire au bout de quelques jours la régression de toutes les efflorescences. Si le dépôt squameux a disparu, ou bien a diminué notablement, on abrège sensiblement la durée de la maladie, par des applications de pommade à l'acide chrysophonique (1 pour 10 ou pour 15). Pendant l'emploi de cette pommade, on diminue le nombre des bains. On peut remplacer l'acide chrysophonique par l'acide pyrogallique (1 sur 10 de vaseline). On continue le traitement pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce que toute trace de psoriasis ait disparu, et dès qu'une efflorescence morbide se montre de nouveau, on la traite immédiatement, pour empêcher la récidive de se produire. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Claudot, ancien sénateur des Vosges, décédé le 9 février dernier à l'âge de soixante-six ans. Né à Neufchâteau, notre confrère y exerça la médecine pendant de longues années avec un dévouement et une charité inépuisables. Ses connaissances professionnelles l'avaient fait élire président de la Société de médecine des Vosges, position qu'il conserva jusqu'à sa mort. Ses opinions libérales et la haute situation qu'il avait su acquérir parmi ses concitoyens l'avaient fait nommer sénateur en 1876.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 29 mars 1883, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscriptions des candidats sera ouvert le lundi 26 Février 1883, et sera clos définitivement le mardi 13 mars, à trois heures.

INSPECTION DE LA BOUCHERIE DE PARIS. — Le service de l'inspection de la boucherie de Paris a saisi, pendant le mois de janvier 1883, 47,689 kilogrammes de viandes. Les motifs de saisies sont :

Pour le bœuf : l'étisie extrême, le charbon, la septicémie, les paralysies, la fièvre vitulaire, le météorisme, etc. — Pour la vache : les mêmes maladies et les accidents de la partruition. — Pour le veau : l'entérite, la jeunesse et l'étisie. — Pour le mouton : la cachexie aqueuse, l'asphyxie et l'étisie extrême. — Pour le porc : la ladrerie et l'asphyxie. — Pour le cheval : les eaux aux jambes, le tétanos, les coliques violentes, la mélanose généralisée, l'infection purulente, l'étisie extrême et les maladies aiguës.

— Par décision présidentielle, en date du 17 février 1883, M. Reuille (J.-B.-O.), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

Société médicale des Bureaux de bienfaisance. — Le bureau est ainsi composé pour l'année 1883 :

Président, M. Le Coin ; vice-présidents, MM. Paul Richard et Barbette ; secrétaire général, M. Passant ; secrétaires annuels, MM. Depasse et Chevallereau : trésorier, M. Le Noir ; archiviste, M. Tolédano.

HÔPITAL COCHIN. — M. le docteur Bucquoy reprendra ses leçons cliniques le mardi 6 mars, à 9 heures 1/2, à l'hôpital Cochin, et les continuera les mardis suivants.

A 8 heures 1/2, visite dans les salles et examen des malades par les élèves.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

Obsèques de Jules Cloquet.

Mercredi dernier, une nombreuse assistance accompagnait Jules Cloquet à sa dernière demeure. Plusieurs discours ont été prononcés par les délégués des Corps savants dont il faisait partie et par ses amis personnels. Il nous appartient de reproduire les adieux adressés à l'illustre défunt par M. Henri Roger, au nom de l'Association générale des médecins de France.

Quelle pertee t quels regrets quand disparaissent ces hautes illustrations qui ont, comme Bouillaud et Cloquet, empli leur siècle de leur renommée !

Ces regrets, dont vous venez d'entendre l'éloquente expression, je les exprime à mon tour, au nom de l'*Association générale des médecins de France*, et j'adresse au maître aimé, au vrai président d'honneur de notre Société, un mot de souvenir et d'adieu.

On vient de vous dire les premiers travaux qui révélèrent au monde médical le jeune et savant chirurgien; on vient de vous dire combien fut rapide sa fortune scientifique : chirurgien des hôpitaux à 28 ans (à sa seconde année de doctorat), membre de l'Académie de médecine à 31 ans, et, à 40, professeur à la Faculté. Le couronnement de ces honneurs fut sa nomination à l'Académie des sciences. Membre de l'Institut pendant vingt-huit années, il aurait pu y fêter ses noces d'argent comme, à l'Académie de médecine, furent célébrées ses noces d'or académiques.

Certes une si prompte et si éclatante fortune ne pouvait être que la juste récompense d'un mérite supérieur et des plus brillantes qualités de l'esprit comme du cœur. Savant encyclopédique, clinicien d'une merveilleuse sagacité, opérateur élégant et habile, professeur accompli, il ne possédait pas à un moindre degré les qualités de l'homme du monde; esprit fin et lettré, il unissait à la variété du savoir les séductions de la parole; la droiture et l'amour de la justice, une tolérance constante (qui n'était pas l'indifférence), l'aménité et une bienveillance inaltérable, faisaient le fond de son heureux caractère.

Parmi tous ces mérites,

FEUILLETON

CAUSERIES.

Elle ne sera bientôt plus qu'un souvenir, une légende, la sœur de charité de nos hôpitaux. Beaucoup de voix autorisées se sont élevées déjà pour lui rendre justice et proclamer ses services; ceux qui ont ainsi parlé ne songeaient point à faire acte de conviction dans une querelle de tendances et d'opinions; ils défendaient seulement l'intérêt des malades, et leurs protestations étaient d'ordre professionnel bien plus qu'affaire de conscience.

Aussi, parmi les signataires de ces témoignages, a-t-on vu figurer nos maîtres les moins suspects de dévotion, quelques-uns même notoirement taxés de libres-penseurs. L'accord est donc à peu près unanime, et l'on nous enseignait en logique que le consentement universel avait force de preuve; les arguments, non point de principe ou de droit, mais pratiques et tangibles, invoqués en faveur des sœurs, sont d'ailleurs suffisamment décisifs, et le platonisme de leurs effets n'enlève rien à leur portée.

Dans le mécanisme d'un service d'hôpital, il est avantageux, comme garantie pour les malades, que chacune des personnes concourant à l'œuvre hospitalière appartienne à une hiérarchie, et soit comme le représentant d'un corps constitué dont l'autorité précède et confirme les mérites individuels. Ces conditions d'origine sont comme l'investiture indispensable à quiconque se consacre au traitement des malades, et veut remplir son mandat dans les hôpitaux, qui sont l'asile officiel de la maladie, et à ce titre ne peuvent s'ouvrir qu'aux plus dignes. N'est-ce pas d'ailleurs ainsi que les choses se passent? Le chef de service, vous savez

A qui donner le prix? Au cœur, si l'on m'en croit,

répondrai-je avec le poëte, Et, en effet, son cœur avait la *bonté*, cette vertu qui les contient toutes, la bonté qui est le charme de tous les âges et la grâce suprême du vieillard.

Ce qu'il m'appartient surtout de louer, c'est sa bienfaisance, ce sont ses actes charitables où Mme Cloquet était à moitié de tous; cette aimable associée mettait la grâce dans les bienfaits communs.

M. Cloquet avait compris l'importance des institutions de secours mutuels pour les déshérités de la profession; il avait senti l'utilité et la grandeur de l'Association, alors que la charité confraternelle, au lieu de se localiser et de se circonscrire, se généralise et s'étend, partout en France, à qui porte honorablement le titre de médecin : il y a, ainsi, solidarité dans la compassion, et quand un membre de la communauté souffre, sa douleur arrive à tous par la sainte correspondance de la fraternité.

Que le généreux protecteur de l'Association reçoive le pieux hommage de notre reconnaissance; et qu'il me soit permis, du bord de cette tombe, d'envoyer ces mêmes hommages à notre bienfaitrice qui, en ce moment, pleure au foyer solitaire. Puissent nos témoignages d'admiration affectueuse pour celui qu'elle a perdu, être un allègement à ses amères tristesses.

Calme et heureuse avait été la longue et glorieuse existence de M. Cloquet; calme et sereine fut sa fin. Visité jusqu'aux derniers jours et presque jusqu'à la dernière heure par ses disciples et ses amis, dont il accueillait la présence avec une sorte de gratitude; entouré de soins filiaux par sa digne compagne, gardienne vigilante de sa santé comme elle avait toujours été l'aimable gardienne de son bonheur, il ne ressentit ni les souffrances ultimes, ni les angoisses de la séparation : tranquillement, et pour ainsi dire furtivement comme pour y échapper, il quitta cette terre où le retenaient de si doux liens. Bien cruel eût été le déchirement de deux âmes longtemps et tendrement unies, sans la vision consolante de l'immortel séjour où s'accomplit la réunion éternelle des chers absents qui se retrouvent. Comme Michelet, le poétique historien, M. Cloquet aurait pu dire en mourant : « Que Dieu reçoive mon âme reconnaissante de tant de biens, de tant d'années laborieuses et de tant d'amitiés! »

---

quelle filière il lui a fallu traverser pour en arriver là, quelles preuves de capacité il a données, avec quelles marques de mérite il s'offre à la confiance des malades. A côté de lui, son interne et ses externes ont suivi un chemin pareil, et ont aussi leur place acquise dans des corporations fortement organisées. Les uns et les autres, s'ils ne portent pas d'uniforme, n'en paraissent pas moins revêtus, aux yeux des malades, d'un caractère indéniable d'aptitude; leurs origines et leur affiliation connues leur tiennent lieu d'insignes.

Dans cet état-major d'un service d'hôpital, la sœur avait son rang; chacun savait que cette gardienne de tous les instants, voltigeant dans les salles avec ses ailes blanches, était comme un soldat rompu à l'obéissance et à la discipline, et incapable d'abandonner son poste. Nous savons tous aussi quelle sécurité nous trouvions dans la collaboration des sœurs, combien était précieuse la certitude que nul écart de conduite, nul manquement au devoir n'étaient à redouter. De la religieuse à l'infirmière laïque, il y aura toujours la distance énorme d'une vocation à un métier. Et quel métier! N'était-ce donc pas, pour en surmonter les labeurs et les répugnances, une incomparable garantie que ce détachement du monde, cette soumission à une règle acceptée pour toute la vie?

Quand l'infirmière laïque se dégoûtera de soigner les malades, de panser les plaies, de nettoyer les gâteux, elle s'en ira pour faire autre chose; la sœur restait, parce que rien autre n'existait plus pour elle. J'ignore si les nouvelles infirmières sont célibataires ou mariées; mais dans les deux cas les inconvénients ne sont pas moindres. Pensez-vous que l'infirmière n'aura pas des distractions, quelques lacunes dans sa vigilance si elle est seulement invitée à la noce de sa sœur ou au baptême de son neveu? Ni pour vous, ni pour aucun des vôtres, vous ne voudriez, bien entendu, d'une place d'infirmier; quel enthousiasme pourront y apporter les recrues mercenaires, qui évidemment n'envisageront pas leur sort comme la

Clinique Médicale des Hôpitaux

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC.

(Hôpital Beaujon. — Service de M. Fernet.)

Ulcère simple et ulcérations stomacales. — Maladie de Cruveilhier. — Diagnostic. — Formes et marche. — Importance médico-légale. — Traitement hygiénique, médical, chirurgical. — Nature de la maladie de Cruveilhier.

Le 27 janvier 1883, un homme de 54 ans était admis dans le lit nº 19 de la salle Saint-Jean de l'hôpital Beaujon. A première vue, on était vivement frappé par son état cachectique, la pâleur de ses téguments et son extrême maigreur. C'est la troisième fois, depuis treize ans, que ce malade est atteint des troubles digestifs, dont on chercherait en vain l'origine dans ses antécédents morbides. Son père, il est vrai, a succombé à une affection de l'estomac : mais, d'autre part, notre malade est indemne de toute affection cardiaque ou pulmonaire, de syphilis, et surtout d'habitudes alcooliques; car il possède une aversion manifeste pour les boissons fermentées.

C'est en 1870 qu'il éprouva les premiers accidents. Ils consistaient en douleurs épigastriques et spinales, en vomissements rebelles, de nature glaireuse, le matin à jeun, alimentaire après le repas ou sanguinolente quand ils succédaient à de violents efforts de régurgitation. Le dépérissement fut rapide, la constipation persistante et les selles parfois colorées en noir. M. Maurice Raynaud le soumit alors avec succès au régime lacté exclusif pendant quatre mois.

L'amélioration dura jusqu'en 1875, époque à laquelle, à la suite d'écarts de régime, il fut atteint des mêmes troubles gastriques et entra dans le service de M. Hayem. Ces accidents furent encore justiciables de la diète lactée, continuée durant trois mois, et de l'application d'un cautère à l'épigastre (1).

L'épisode actuel succède donc à une amélioration datant de huit années, et à des infractions récentes au régime lacté mixte que le malade observait depuis 1875. Cette récidive des accidents s'accompagne donc du même cortège symptomatique et des signes physiques suivants.

(1) Ces renseignements ont été recueillis par l'interne du service, M. Boulland, à l'obligeance duquel nous les devons.

---

meilleure position sociale ? Pour accepter cette condition peu enviable, il y avait une légion de femmes qui s'y dévouaient comme à une mission préférée, et que laissait indifférentes la lutte pour l'existence, et celles-là, vous les chassez ! Voyez ce que sont les gardes-malades laïques, sauf d'honorables exceptions ; Henri Monnier, dans ses scènes populaires, nous en a tracé un type d'un réalisme cruel et qui donne le frisson. Les infirmières seront souvent ainsi.

Sous la robe de la communauté, la femme disparaissait, et ils sont bien rares les actes d'irrévérence des malades envers les sœurs. Sous le costume laïque, la femme, n'ayant rien abdiqué, ne disparaîtra pas aussi facilement, ce qui est fâcheux dans tous les cas. On a reproché aux sœurs (que ne leur a-t-on pas reproché ?) certaines exagérations de pudeur, quelques effarouchements trop faciles; ne risque-t-on pas, avec les infirmières laïques, de tomber dans l'excès contraire, la pudeur peu farouche, le maintien moins réservé ? On les surveillera, on y prendra garde, sans doute ; avec les sœurs la surveillance était superflue, les infractions ne pouvant se produire, grâce aux liens qui enserraient ces existences dans le devoir.

Acclimatée dans son service, la sœur y prend intérêt et devient facilement un auxiliaire utile à consulter. Nous examinons un malade sous toutes ses faces, et rien ne nous échappe de ce qu'il peut avoir en fait de râles, de souffles, de taches rosées, de réflexes tendineux, etc. Dès le premier jour, le diagnostic est posé, le traitement institué, la science satisfaite. Mais nous ne savons pas tout ; si le nouveau venu a d'autres misères que sa maladie, si quelque peine, quelque angoisse y ajoute des souffrances morales dont il faudra tenir compte, ce n'est pas dans la publicité de l'interrogatoire médical que nous en aurons la révélation. C'est la conversation discrète de la sœur qui provoque les confidences du patient, et c'est par elle

La poche stomacale, accrue de volume, excède de deux fois environ ses dimensions normales, fait entendre par la percussion une sonorité hydroaérique et donne, par la succussion, un bruit de flot manifeste. A cette dilatation de l'estomac, s'ajoutent les signes révélateurs d'une tumeur de l'extrémité pylorique de ce viscère : car, par la palpation, on circonscrit facilement une masse aplatie, large de quatre travers de doigt environ, mobile avec l'estomac, à surface lisse, non bosselée, sensible à la pression et qui est le foyer de douleurs, les unes spontanées, les autres irradiées vers le rachis.

Si l'on tenait compte seulement de l'âge du malade, de son état de dépérissement, de la tumeur abdominale, de la nature présumée de l'affection à laquelle son père avait succombé, on pourrait croire à un cancer de l'estomac (1). Il n'en est rien : l'évolution des accidents, les longs intervalles d'amélioration, l'influence favorable d'un régime sévère, en un mot, les circonstances commémoratives ont fait porter, légitimement, par M. Fernet, le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac avec rétrécissement cicatriciel du pylore et dilatation gastrique.

Les accidents actuels constituent donc une récidive des phénomènes morbides de 1870 et de 1875. Ces allures cliniques sont bien celles de la maladie dont Baillie (2) avait entrevu les lésions, en 1797, dont Cruveilhier a eu la gloire, en 1830, dix ans avant Rokitansky, longtemps aussi avant Brinton, de fixer le signalement anatomique, et, plus tard, de donner une magistrale description, en 1833, dans la *Revue médicale*, et en 1856, surtout dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*. L'ulcère rond mériterait donc le nom de maladie de Cruveilhier, dénomination à la fois conforme à la vérité des faits et équitable pour la mémoire du savant professeur.

Et, en effet, la maladie de Cruveilhier possède des caractères cliniques tout différents de ceux des autres ulcérations de l'estomac. Au début, ce sont des modifications de l'appétit, des troubles dyspeptiques, des accidents gastralgiques qui caractérisent la phase *initiale* ou *érosive*. Tantôt, comme chez notre malade, l'inappétence est partielle, le dégoût n'est manifeste que pour certains aliments (boissons fermentées, bière, thé), tantôt aussi l'anorexie est totale. Ces perversions et les caprices de l'appétit sont variables suivant les individus; mais, circonstance

(1) Herman. *Brit. med. Journ.*, 1881, p. 1019.

(2) Gallard. *Union méd.*, 1877, n° 68. — Bottentuit. Thèse inaugurale, Paris, 1869. — Godin. Thèse inaugurale, 1877, Paris. — Laveran. *Archives de phys.*, 1875, juillet. — Sturges. *Brit. med. journal.*, 1879, t. I, p. 576.

---

que nous apprenons le complément de son histoire. Il est douteux que les malades s'ouvrent aussi volontiers à l'infirmière, que rien ne leur désignera comme justifiant leur confiance, et qu'ils auront toujours le droit de considérer comme la première-venue.

Je me creuse la tête pour deviner quels griefs tant soit peu valables on peut articuler contre les sœurs, et je n'en trouve pas. N'a-t-on pas dit qu'elles étaient sujettes à prendre une trop grande autorité dans leur service, à dépasser leurs attributions? Croyez-vous donc qu'un peu d'autorité soit déplacée, pour le gouvernement d'une trentaine de malades, et souvent beaucoup plus, au milieu desquels la sœur passe ses journées entières, et qu'il faut nourrir et soigner, quelques-uns comme des enfants? Que l'initiative des sœurs ait empiété sur les prérogatives des médecins, on n'en trouverait guère d'exemples avérés. C'est au contraire la sûreté, la fidélité de leur concours, qui nous étaient d'un si grand repos. J'entends encore un de nos maîtres sur le point de changer d'hôpital, et disant à la religieuse, en lui faisant ses adieux : « Ma sœur, je vous remercie ; ce que nous avons pu faire de bien, c'est à vous que nous le devons ». Et si je vous le nommais, vous seriez convaincus que dans cet hommage il n'y avait soupçon ni de banalité ni de cléricalisme.

On a prétendu aussi que les sœurs prodiguaient plus de soins aux malades bien pensants et faisant acte de pratiques religieuses; que les autres était négligés, que les douceurs, les gâteries étaient au prix d'une dévotion réelle ou affectée, et de la fréquentation de la chapelle. On ne peut guère s'arrêter à de pareils enfantillages. Admettons-les cependant. Les sœurs, c'est convenu, favorisaient les malades donnant des gages de piété; eh bien, ceux-là, les infirmières laïques les bousculeront, si elles sont dans le mouvement, et pencheront du côté des irreligieux; à ce déplacement de préférences, je ne vois pas trop ce que l'on aura gagné,

fâcheuse, ont toujours pour conséquence un amaigrissement rapide par insuffisance de l'alimentation.

Bientôt survient de l'intolérance gastrique, des sensations de pesanteur, de gêne, de plénitude stomacale, des vomissements glaireux ou alimentaires, tous symptômes dont la valeur diagnostique n'est que relative, puisqu'ils sont communs aux dyspepsies de diverses natures.

Dans la majorité des cas, comme chez le malade de la salle Saint-Jean, on observe des douleurs auxquelles Cruveilhier assignait des caractères spéciaux empruntés à leur siège (points localisés xyphoïdien et rachidien, douleurs intercostales irradiées) ; à leur durée (continue, intermittente ou par crise) ; au moment de leur apparition (après l'ingestion des aliments et pendant la digestion stomacale) ; aux causes qui les provoquent (pression sur l'épigastre ou l'ombilic) ; à leur intensité (douleurs térébrantes, lancinantes, angoissantes) ; à leur forme (sensation de brûlure, de plaie vive, de morsure, de pincement, d'arrachement), douleurs variables assurément dans leur modalité, mais si fréquentes, qu'on en a fait un des signes de l'ulcère simple. Cependant, en l'absence des commémoratifs, et quelque grande que soit leur valeur, elles seraient insuffisantes pour distinguer cette affection, des accidents de la gastralgie, de la dyspepsie simple ou symptomatique, des crises gastriques primitives de certaines formes de tabes ou bien encore des douleurs du cancer stomacal et de la névralgie intercostale.

Qu'à ces troubles morbides s'ajoutent des hématémèses, des vomissements ou des selles mélœniques, indices d'une hémorrhagie dans le tube digestif, il faudra bien admettre que la maladie de Cruveilhier entre dans un autre phase ; la période d'*ulcération*. Ici encore le diagnostic présentera des difficultés ; car la gastrorrhagie n'est pas seulement un des signes de la cirrhose hépatique, du cancer de l'estomac, de la fonte d'un tubercule ou d'une gomme syphilitique ; elle existe aussi dans les lésions *mécaniques*, *traumatiques* (1) ou *érosives* de la muqueuse stomacale produites par l'ingestion de corps étrangers, par l'abus de *certains médicaments* (2) ou par l'ingestion de *substances irritantes* ou *caustiques*, telles, par

(1) Potain. *Bulletin de la Soc. anat.*, 1854.

(2) Chauvet. *Sur le danger des médicaments actifs dons les lésions rénales.* Thèse inaugurale, 1877.

L'habit ne fait pas le moine, c'est possible ; mais, les proverbes, il faut en prendre et en laisser, car ils sont tous à deux tranchants, et celui-là doit avoir eu pour père un moine qui n'avait pas d'habit. Toujours est-il que l'habit contribue singulièrement à la respectabilité du personnage, surtout quand il rappelle des traditions séculaires de dévouement et de charité. Je veux bien que toutes les religieuses n'aient point l'âme d'un Saint-Vincent de Paul ; c'est déjà quelque chose que d'en perpétuer le souvenir et de le prendre pour modèle.

Dans les grands hôpitaux, surtout dans les services de clinique, l'intervention de la sœur s'efface devant l'autorité du chef, son rôle passe inaperçu au milieu de l'empressement des élèves. On l'apprécie mieux dans des services de moindre importance, où ses avis sont parfois d'une grande ressource. C'est la sœur qui nous rend compte de l'effet de nos prescriptions, parce que c'est elle qui administre les remèdes et voit les malades à toute heure du jour, sous toutes les influences. On n'ignore pas à quel degré de finesse elles poussent ces appréciations, et quel tact véritablement médical elles acquièrent dans leurs fonctions. Rien n'est à dédaigner de leurs impressions, ni pour le diagnostic ni pour le traitement. Il n'y a pas longtemps, la sœur de mon service m'informait, à mon arrivée, qu'il y avait un entrant taxé de fièvre typhoïde ; ce qui ne devait pas être, puisqu'il avait de l'herpès aux lèvres, indiquant plutôt une fièvre intermittente. L'observation était technique et le diagnostic différentiel parfaitement exact. Si la sœur prend ainsi son rôle à cœur, à côté du médecin, c'est précisément parce qu'elle se sent là à sa place et chez elle, et que le point d'honneur, sans parler d'autres mobiles, la soutient et la stimule, comme le soldat sous les yeux de son chef. Etes-vous sûrs de trouver le même intérêt, le même attachement, chez l'infirmière qui sera là par hasard ou par nécessité, l'un et l'autre mal supportés le plus souvent ? Je ne conteste pas qu'il y aura des infirmières excellentes, dévouées, bien dressées et instruites dans des écoles et avec de de petits livres *ad hoc* ; mais, franchement, les sœurs faisaient-elles mal leur service, et quels voiles se sont donc déchirés qui nous font nous en apercevoir tout d'un coup ?

exemple, que l'acide sulfurique et certains médicaments. Ces ulcérations diffèrent assurément de l'ulcère rond de l'estomac, mais peuvent aussi en imposer.

N'en est-il pas de même de ces *gastrorrhagies névropathiques* avec points névralgiques et phénomènes morbides pouvant faire croire à un ulcère rond, alors qu'il s'agit seulement des manifestations de l'*hystérie viscérale* (1), *hématémèses supplémentaires* de l'*aménorrhée*, ou symptomatiques de la *dysménorrhée*, de la *chlorose*, de l'*urémie*, de l'*alcoolisme*, d'affections *cardiaques*? Et d'ailleurs, n'a-t-on pas prouvé, sans parler ici des hématémèses des ulcérations de la fièvre typhoïde et de la dysenterie (2), l'existence de gastrorrhagie par *érosions hémorrhagiques* de la muqueuse stomacale (3) et même, chez les nouveau-nés cachectiques, par *érosions aphtheuses* ou *folliculaires*, reproduisant plus ou moins les conditions pathogéniques de l'ulcère gastrique (4)?

Que conclure de ces faits? Sinon que la gastrorrhagie n'a qu'une valeur relative au point de vue du diagnostic de la maladie de Cruveilhier, mais qu'elle indique seulement, quand elle existe, la destruction de la muqueuse et l'ouverture de la *période ulcérative* du processus anatomo-pathologique.

Il existe dans le cas actuel une autre difficulté de diagnostic : la présence de la tumeur stomacale. Suffit-elle à mettre l'ulcère hors de cause? Non, assurément; et ce symptôme n'est pas la preuve décisive de l'existence du cancer, d'une gomme ou d'une autre tumeur de la paroi stomacale. Il n'est pas exceptionnel, pendant la phase d'ulcération, d'observer autour de l'érosion une hypertrophie des tuniques, et surtout de la musculeuse, véritable bourrelet donnant lieu à la sensation d'une tumeur, et plus tard, comme M. Fernet le faisait remarquer à ses élèves, de voir encore dans cette tumeur le tissu cicatriciel d'ulcérations anciennes ou bien les vestiges d'exsudats, consécutifs à une péritonite locale par contiguïté. Il en est de même de la dilatation stomacale et de ses signes physiques à la palpation ou à la percussion, puisqu'elle n'a d'autre signification que d'indiquer un obstacle

(1) H. Huchard. *Traité des névroses*, 1882, p. 1034. — Fabre. *Hystérie viscérale*, 1883, p. 18. — Barrette. Thèse inaug., 1883, Paris.

(2) Millard. *Union méd.*, 1877, n° 12.

(3) Balzer. *Revue mensuelle*, 1877, n° 7.

(4) Rehn (de Francfort). *Revue des sc. méd.*, t. IV, p. 191.

Il ne faudrait pas les renvoyer trop loin, car on ne sait ce qui peut arriver, et il sera toujours prudent de les avoir sous la main. Il n'y a pas bien longtemps, dans un chef-lieu dont les guides Joanne s'occupent fort peu, un administrateur haut placé tomba malade. Il venait, en personne, de présider à l'exécution des fameux décrets (les autres, les premiers). Le cas était grave, et quand il s'agit de lui trouver une garde-malade, on courut à un couvent voisin, et ce fut une sœur qui vint le veiller et le soigner. Avec elle, le désarroi de l'entourage s'apaisa comme par enchantement, tout rentra dans l'ordre, et dès lors la maladie sembla copier la régularité de sa marche sur la ponctualité des soins donnés au malade. La bonne sœur mettait bien, sous le traversin, quelques petites médailles, que l'on voyait descendre indiscrètement quand on faisait asseoir le patient pour l'ausculter; mais le patient était homme d'esprit, et il acceptait les médailles. C'est à elles seules que la sœur attribua la guérison obtenue; mais la part lui fut faite plus large dans la reconnaissance des principaux intéressés.

On remarquera combien j'ai eu soin, en prenant la défense des sœurs, de m'abstenir de tous les arguments touchant aux principes ou aux sentiments; je n'ai parlé ni de Dieu, ni de la foi, ni invoqué aucune de ces raisons avec lesquelles j'aurais pu, aux yeux de quelques-uns, discréditer mon plaidoyer. Volontairement je me suis tenu sur le terrain professionnel, ne visant que l'intérêt des malades, qui court grand risque de péricliter en d'autres mains que celles des sœurs. Supposons, à la rigueur, qu'ils ne perdent pas au change; assurément, il n'ont rien à y gagner.

Il y a d'ailleurs des intéressés dans la question. Les médecins se sont déjà prononcés, et j'ai dit dans quel sens. Et les malades? Par ce temps de suffrage, si on les consultait? Il est probable que d'instinct, entre la sœur qui suit sa vocation pour gagner le ciel, et l'infirmière qui fait son métier pour gagner un salaire, leur choix n'hésiterait pas.

LUBANSKI.

permanent de l'orifice pylorique, et d'expliquer, par la stagnation et l'accumulation des aliments dans la poche stomacale, ces crises gastriques douloureuses, consécutives aux repas.

C'est donc à l'*évolution* même de ses accidents que l'affection de notre malade emprunte sa physionomie clinique. Ses alternatives d'*amélioration* et d'*aggravation* la distinguent du cancer dont la marche continue aboutit progressivement à l'échéance fatale. De plus, elle est en rapport avec le processus des lésions anatomiques, dont la répétition correspond aux récidives douloureuses. Tel était le cas publié par M. Tuckwell (1), dans lequel le malade avait éprouvé, à deux reprises, en janvier et mai 1879, des troubles gastriques graves. Il succombe quelques mois plus tard, et au lieu d'une tumeur maligne du pylore qu'on avait diagnostiquée pendant la vie, on constate à l'autopsie deux cicatrices d'âge différent, d'origine ulcéreuse, et un rétrécissement des parois stomacales. Ce fait n'est pas sans analogie avec l'observation du nº 19 de la salle Saint-Jean, ni avec l'histoire bien connue de ce gourmet, que Cruveilhier soigna pendant de longues années, et chez lequel un médecin, moins expérimenté, avait cru reconnaître un cancer.

De là, l'influence si puissante du régime sur la marche de l'ulcère stomacal; de là, l'atténuation immédiate des symptômes, leur disparition, la cicatrisation des pertes de substance et les améliorations durables, par l'observation d'une diète sévère; de là, aussi, le retour des accidents, après plusieurs mois ou plusieurs années, par des infractions ou des écarts de régime. La médication diététique ne donne pas de tels résultats dans le traitement du cancer, de sorte que la différence des effets du régime est un moyen de vérification et une pierre de touche pour le diagnostic des cas douteux.

En résumé, les accidents morbides du malade de la salle Saint-Jean ne sont autres que ceux de l'ulcère simple stomacal caractérisés, dans la période érosive, par des troubles fonctionnels et douloureux de l'estomac; dans la période ulcérative, par des selles mélœniques à défaut d'hématémèses; et autrefois, dans la période de réparation, par la formation de cicatrices ayant donné lieu au rétrécissement pylorique. Peut-on espérer, dans la récidive actuelle, une terminaison heureuse comme en 1870 et 1875? Les effets du traitement permettront de juger cette question, dans l'appréciation de laquelle on doit tenir compte de deux éléments morbides nouveaux : la dilatation stomacale et le rétrécissement cicatriciel du pylore. Il faut redouter à la fois l'obstruction de l'orifice pylorique conduisant à l'inanition, c'est-à-dire à la *mort lente*; et appréhender, en l'absence de réparation ou par récidive de l'ulcère, la perforation et l'hémorrhagie, c'est-à-dire la *mort rapide* et même foudroyante.

C'est, en effet, d'après les modalités de l'évolution et de la terminaison qu'on a pu établir une classification des variétés d'ulcère rond, en formes *lente*, *rapide* et *aiguë* (Jaccoud); classification qui permet de mesurer l'importance médico-légale de ces ulcères à terminaison foudroyante, donnant lieu à des soupçons d'empoisonnement et même, comme dans un fait signalé en 1881, à la Société médicale de Cambridge, à l'exhumation et à une autopsie (2). D'ailleurs qui ne connaît, au témoignage de Littré, le récit historique de la mort subite d'Henriette d'Angleterre, succombant, disait-on, à l'ingestion d'un breuvage toxique, quand elle était atteinte vraisemblablement d'un ulcère stomacal plus ou moins ancien? Ainsi donc la réserve du pronostic est la règle, aussi bien chez notre malade, où la forme de la maladie a été lente, que dans les cas où elle est rapide.

Quelles seront les indications thérapeutiques de la maladie de Cruveilhier? Au début, quand la maladie est seulement *soupçonnée*, comme plus tard quand elle est

(1) *The Lancet*, 29 mai 1879, p. 798.

(2) Annington. *Brit. med. journ.*, 1881, t. II, p. 982. — Grasset. *Contribution à l'étude des rapports de la médecine légale avec les maladies latentes.* — Lacey. *The Lancet*, t. I, 1880, p. 643. — Creswell. *Eod. loco*, 1880, t. II, p. 457. — Toulmouche. *Arch. gén. de méd.*, 1867.

déclarée, la première de toutes les indications est l'institution du régime lacté, c'est-à-dire de la *médication hygiénique* (1).

N'a-t-on pas vu, sous cette influence, disparaître les troubles gastriques du malade de la salle Saint-Jean? L'amaigrissement n'a plus augmenté et, par des pesées successives, on a constaté que son poids ne diminuait plus; preuve certaine d'une amélioration des fonctions de nutrition. On a même pu, avec avantage, ajouter au régime lacté quelques cuillerées de poudre de lait. Il n'en a pas cependant été de même, quand on a voulu substituer le lait concentré à cette dernière ou la *poudre de viande* délayée dans du bouillon chaud ou dans du grog au rhum. Les symptômes d'intolérance gastrique se sont reproduits, pour disparaître par le retour au lait pur ou sous formes de potages féculents. Le tâtonnement méthodique est donc nécessaire, ici, pour connaître les instincts de l'estomac de chaque malade (Cruveilhier). C'est ainsi que, depuis trois ou quatre jours, la poudre de viande a été tolérée en mélange avec le lait et à la dose quotidienne de deux cuillerées chaque jour, représentant 200 grammes de viande fraîche.

Le *traitement médical* vient au second rang. Au début, l'emploi des révulsifs, des cautères, des pointes de feu plus tard, le sulfate de soude à dose quotidienne de 12 à 15 grammes et en mélange avec le bicarbonate de soude et le sel marin, suivant la méthode allemande, les eaux minérales (2); enfin, l'emploi des lavements rendent d'utiles services.

La maladie est-elle confirmée? Les indications du traitement seront celles des symptômes; nitrate d'argent, sous-nitrate de bismuth, calomel, etc., contre les ulcérations; glace, perchlorure de fer, ergotine, contre les hématémèses; enfin, opium et surtout injections morphinées pour combattre les symptômes douloureux.

Le lavage de l'estomac qui d'ailleurs n'est pas toujours sans inconvénient (Millard), a été employé avec succès chez notre malade. Il a permis d'évacuer des aliments qui séjournaient depuis cinq jours dans la poche stomacale, de diminuer les douleurs, les vomissements, et, par conséquent, l'intolérance stomacale, principal obstacle à l'alimentation lactée (3).

Quand au traitement chirurgical du rétrécissement du pylore, malgré le succès de Rydygier (4) ses indications sont loin d'être nettement déterminées. La clinique chirurgicale n'a pas encore prononcé sur la valeur de ces audaces, véritables « tours de force » opératoires.

La diète lactée est donc l'indication dominante du traitement et aussi parfois la sauvegarde contre les récidives. C'est qu'en effet, comme M. Gaillard vient de le montrer à nouveau, après Cruveilher, l'ulcère rond est l'aboutissant d'une gastrite chronique (5). A ce titre, de même que par ses troubles fonctionnels, il diffère donc des ulcérations stomacales par *embolie* ou *thrombose* (Virchow), par *stase veineuse* (Rokitansky) et par *troubles nerveux* (Brown-Séquard). Qu'importe le mécanisme producteur de ces ulcérations de causes si variées et les théories explicatives. Il existe incontestablement des ULCÉRATIONS STOMACALES de cause variée. Il n'est pas moins certain que tout autre est l'ulcère rond. Cliniquement, il possède les symptômes d'une entité morbide définie, et anatomiquement il représente le degré le plus élevé de la gastrite ulcéreuse (Cruveilhier). L'ulcération est un des incidents anatomo-pathologiques de la MALADIE DE CRUVEILHIER; elle ne constitue pas toute la maladie.

Ch. ELOY.

(1) Williams. Ulcère de l'estomac traité par des injections nutritives. *Med. Times*, 12 décembre 1874. — Charteris. *The Lancet*, t. II, 1881, p. 822. — Robert (*Eod. loc.*), 1880, t. I, p. 827.

(2) Beaurieux. Thèse inaugurale, 1879. — Waring. *Méd. Times and Gaz.*, 1876, t. II, p. 255.

(3) Faucher. *Du lavage de l'estomac*, 1881, Paris.

(4) Troquard. *Journal de méd. de Bordeaux*, février 1883. — Blum. *Arch. gén. de méd.*, sept. 1882, p. 332.

(5) Gaillard. Thèse inaugurale, 1882, et *Arch. gén. de méd.*, p. 205, août 1881.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 février 1883. — Présidence de M. Blanchard.

M. Reiset adresse une note sur la mesure de l'azote expiré par les grands animaux de l'espèce ovine, porcine et bovine. La quantité d'azote rejetée par la respiration varie avec les différentes espèces d'animaux; mais pour chaque espèce cette quantité est proportionnelle à l'alimentation.

M. Chauveau envoie deux notes, l'une, relative au chauffage des vins, et l'autre concernant la vertu prolifique des virus et l'atténuation de leur énergie par la chaleur.

M. le président a la douleur d'annoncer à l'Académie la mort de M. le baron Jules Cloquet, doyen de la chirurgie française. A 92 ans passés, il s'est éteint sans souffrance, samedi matin, 24 février, après avoir serré affectueusement la main, quelques instants auparavant, à son ami, M. le baron Larrey.

M. de Lesseps dépose sur le bureau le tableau des pluies tombées de 1879 à 1882 inclusivement à l'isthme de Panama.

M. Janssen expose le programme de ce que doit accomplir la mission envoyée avec lui, à l'île de Taïti, pour observer la prochaine éclipse de soleil. Le gouvernement met à la disposition du savant astronome, non pas seulement un aviso, mais bien un croiseur français de 175 hommes d'équipage, et armé de huit pièces de canon.

M. Duchartre remet une note sur les maladies du safran.

M. Faye signale une nouvelle inversion de température, semblable à celles qui ont été signalées naguère. Le 27 décembre dernier, le thermomètre marquait 20° centigrades sur les points les plus élevés des montagnes du Piémont, tandis qu'il faisait froid sur le littoral français et italien.

M. le docteur Dumontpallier donne lecture d'une nouvelle note sur un moyen d'abaisser la température du corps humain d'une façon progressive, continue ou intermittente, par un procédé dont l'action est scientifiquement mesurable à chaque moment de l'expérience thérapeutique, et cela sans exposer le malade à aucun danger.

L'appareil dont il s'agit se compose de deux parties :

1° Une enveloppe réfrigérante destinée à répartir uniformément sur la surface du corps une couche d'eau courante à une température déterminée. Cette enveloppe peut être réduite aux proportions d'une ceinture qui recouvre les régions du thorax et ee l'abdomen. Elle est composée de deux pièces de toile, réunies par des piqûres, disposées de tellle façon qu'un tube de caoutchouc de 40 mètres de longueur et de 1 centimètre de diamètre intérieur parcourt tous les espaces parallèles laissés libres entre les piqûres. Cette ceinture enveloppe le corps depuis les aisselles jusqu'aux aines et le courant d'eau n'est jamais interrompu, quel que soit le poids du sujet et quelques mouvements qu'il imprime à son corps. Du reste un petit appareil, placé sur le trajet des tubes, indiquerait la moindre modification du courant et permettrait immédiatement d'en rechercher la cause.

2° Un appareil, dit de distribution, muni de robinets gradués, est mis en communication avec les orifices d'entrée et de sortie de la ceinture réfrigérante. Les robinets permettent de régler la vitesse d'écoulement du liquide; et des thermomètres, convenablement disposés au voisinage de ces robinets, indiquent, à chaque moment de l'expérience, la température de l'eau courante à son entrée et à sa sortie de la ceinture réfrigérante.

L'expérience a appris que le thermomètre du robinet de sortie peut fournir des indications pratiques sur le degré d'abaissement de la température générale du sujet soumis à l'action de l'appareil réfrigérateur.

L'appareil est alimenté par un siphon qui plonge dans un réservoir situé à 1 mètre 50 au-dessus du plan sur lequel repose le malade.

Le thermomètre du robinet d'entrée donne la température de l'eau du réservoir.

Après quinze à vingt-cinq minutes, à partir du début de l'expérience, la température du corps humain baisse assez régulièrement de 1 à 2 dixièmes de degré de dix minutes en dix minutes, et, après nne heure, une heure et demie, deux heures, on constate dans le rectum un abaissement qui, progressivement, atteint 1 ou 2 degrés centigrades.

Si l'on interrompt l'écoulement du liquide réfrigérant en fermant les robinets, l'abaissement acquis de la température du corps persiste pendant un terme variable, suivant les sujets en expérience, soit dix minutes, une demi-heure, une heure. Quelquefois la température du rectum continue à baisser pendant une heure. D'autres fois, la température du rectum continuant à baisser, la température axillaire remonte plus ou moins lentement ou reste stationnaire.

Des expériences faites sur l'homme sain et sur l'homme malade, il ressort que la régulation thermique physiologique est plus difficile à vaincre que la régulation thermique pathologique. C'est-à-dire que l'on refroidit plus facilement et plus rapidement l'homme malade que l'homme en état de santé.

Quant à la valeur thérapeutique de la réfrigération dans les maladies hyperpyrétiques, elle ne pourra être formulée que le jour où l'on aura réuni un grand nombre d'observations. Cette œuvre doit être l'œuvre de beaucoup, et non d'un seul expérimentateur.

Avec cet appareil, l'expérience devient pratique, parce que son action progressive, continue ou intermittente, mesurable à tout moment, n'exposera les malades à aucun danger.

Donc « si l'hyperthermie n'est point seulement un symptôme, mais, » comme l'a écrit le « professeur Hirtz, « une lésion mère de beaucoup de complications ultérieures, un agent des- « tructeur des humeurs et des tissus », il sera permis à ceux qui pensaient avec raison que les avantages douteux de la méthode de Brand ne compensaient pas ses dangers possibles, il sera permis de tenter le traitement des maladies hyperthermiques par l'abaissement de la température du corps humain.

La méthode du refroidissement dans le traitement de certaines maladies pourra donc être étudiée d'une façon régulière et suivie, et sa valeur, si elle existe, pourra enfin être démontrée.

JOURNAL DES JOURNAUX

Extraits du *British medical Jonrnal.*

La mortalité imputable à l'alcool. — Conclusions d'un rapport dû à une Commission de « Harveian Society » : il y a des raisons de croire que, dans la métropole, la mortalité parmi les personnes intempérantes diffère de ce qu'elle est généralement parmi les adultes, en ce qu'elle est quatre fois plus considérable par maladies du foie et des viscères chylopoiétiques, deux fois plus par maladie des reins, notablement plus par pneumonie, pleurésie, maladies du système nerveux central, moindre au contraire par maladies du cœur, bronchite, asthme, emphysème, congestion pulmonaire, phthisie, moindre aussi par simple vieillesse, sans compter un groupe de faits considérable où la mort est rapportée en termes généraux à l'alcoolisme, à l'alcoolisme chronique, ou à des accidents.

Fracture compliquée du fémur, érysipèle, pyémie; amputation de la cuisse; désarticulation consécutive de la hanche; guérison. — Arthur-E. Barker, professeur-assistant de clinique chirurgicale et chirurgien-assistant à l'University hospital, donne sous ce titre l'observation d'un homme de 29 ans, qui se fractura le fémur en tombant du haut d'un toit. Ce cas démontre en premier lieu, ce qui est malheureusement fort rare dans la pratique, la possibilité de guérir la pyémie, même chez un malade affaibli par une blessure des plus graves, par une suppuration prolongée et par une attaque d'érysipèle. En second lieu, il démontre qu'il n'est pas impossible d'amputer la cuisse avec succès pour une fracture compliquée, en laissant une seconde fracture compliquée dans le voisinage de l'articulation de la hanche, pour la traiter plus tard, quand la plaie de la première amputation sera guérie. Il démontre enfin que, dans un pareil cas, on peut enlever la totalité de l'os restant par la désarticulation de la hanche, sans amputation nouvelle des parties molles, en faisant une incision modérée sur le côté externe du moignon.

Le bacillus tuberculeux et la phthisie. — Le docteur T. Henry Green comprend comme il suit le rôle de ce micro-organisme. Quel est, dit-il, l'enseignement pratique à tirer de la découverte de Koch pour la prophylaxie et la cure de la phthisie ? Nous devons distinguer entre le bacillus et les conditions qui favorisent son influence, et penser à ces deux facteurs dans le traitement. Nous devons nous efforcer d'empêcher le microbe de pénétrer dans l'organisme, et de le détruire quand il est entré; mais il faut aussi nous attacher à maintenir les conditions normales du tissu pulmonaire. Cette dernière indication est aussi importante que la première, et risque d'être perdue de vue à cause de l'ardeur avec laquelle le bacillus est étudié en ce moment.

1° En ce qui concerne l'état du poumon, il faut remarquer que tout ce qui procure un vigoureux état de santé, doit, en améliorant la constitution du sang, la nutrition des vaisseaux, l'activité de la circulation, l'exercice et la fonction respiratoires, prévenir la congestion des sommets, dont j'ai noté l'importance étiologique. La valeur d'un tel traitement est inappréciable, et me semble promettre de meilleurs résultats que tous les efforts dirigés contre le microbe.

2° En ce qui concerne le bacillus tuberculeux, le premier point est de l'empêcher d'entrer. Dans l'état de nos connaissances, les moyens d'atteindre ce but paraissent être la désinfection et la destruction des crachats des malades atteints de phthisie, et peut-être aussi des sécrétions alvines, quand il y a quelque indice de tuberculose intestinale. Faut-il en outre permettre que des individus non phthisiques, mais ayant une tendance héréditaire à la phthisie, surtout quand ils ne sont pas en parfaite santé, se trouvent en contact avec les malades atteints de cette affection? Il y a là une question qui mérite d'attirer l'attention de ceux qui dirigent l'assistance hospitalière. Le second point est de détruire le bacillus quand la maladie est confirmée. Le principal moyen destiné à obtenir ce résultat, c'est l'inhalation antiseptique (créosote, acide phénique). Je ne veux pas critiquer ce mode de traitement, mais il ne me paraît pas démontré que son utilité repose sur le pouvoir qu'il aurait de détruire le bacillus; il est plus probable que les inhalations exercent une heureuse influence sur la muqueuse et sa sécrétion, et, quand elles sont combinées avec le chloroforme, agissent comme un sédatif direct. Lorsqu'il sera démontré que la fièvre d'une phthisie au début est arrêtée par le traitement antiseptique seul, sans adjuvants, alors nous pourrons croire sérieusement à l'influence des parasiticides sur le microbe spécifique. Je fais en ce moment quelques expériences dans cette direction, mais jusqu'ici avec des résultats négatifs. Je ne voudrais donc pas être accusé de repousser de parti pris le traitement de la phthisie par les inhalations antiseptiques; je crois seulement qu'il faut interpréter leurs résultats avec réserve. Cette méthode thérapeutique, trop négligée dans le passé, a reçu une nouvelle impulsion de la découverte de Koch, et nous promet pour l'avenir les meilleurs résultats; mais nous ne pouvons pas affirmer que par ce moyen nous ayons quelque influence sur le bacillus de la tuberculose. Et cependant, si les recherches de Koch sont exactes, la découverte d'un agent capable de le détruire est évidemment le grand desideratum.

Analyse de 208 *cas de sections abdominales pratiquées du* 1er *mars au* 31 *décembre* 1881. — Le docteur LAWSON-TAIT, chirurgien à Birmingham and Midland Hospital for Women, donne les chiffres suivants : Incisions exploratrices, 13 cas, aucune mort. — Opérations incomplètes, 8 cas, 4 morts. — Opérations pour des kystes : un seul ovaire, 36 cas; les 2 ovaires, 28; kystes parovariens, 12; hydropisies de la trompe, 16; kystes purulents de la trompe, 20; en tout 112 cas, 3 morts. — Ablation des annexes de l'utérus : pour myome, 26 cas; pour ovarite chronique, 12; pour épilepsie menstruelle, 1; en tout 39 cas, 5 morts. — Hépatotomie pour hydatides, 2 cas; hydatides du péritoine, 2 cas; cholécystotomie pour calculs biliaires, 2; cure radicale de la hernie, 1; néphrotomie pour hydatides, 1; néphrectomie, 1; obstruction intestinale, 1; tumeurs solides de l'ovaire, 3; kystérectomie pour myome, 10; kystes d'origine inconnue, 1; tumeurs de l'épiploon, 1; abcès pelviens ouverts et drainés, 7; péritonite chronique, 4; en tout 35 cas, 4 morts. Total 208 cas, 16 morts. Ces opérations n'ont pas été faites sous le spray phéniqué.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 5 au 10 mars 1883.

Lundi 5. — M. Diaz : Considérations sur certaines plaies de la région antérieure du cou chez les suicidés. (Président, M. Verneuil.)

M. Vérut : Contribution à l'étude des abcès chauds. (Président, M. Guyon.)

M. Barbé : Contribution à l'étude des fractures du métacarpe. (Président M. Guyon.)

M. Léviste : De l'opération de la cataracte chez les diabétiques. (Président, M. Trélat.)

M. Bertillon : De la fréquence de la fièvre typhoïde à Paris depuis 1865 jusqu'en 1882. (Président, M. Parrot.)

Mardi 6. — M. Chiniat : De la révulsion dans les affections cardiaques. (Président, M. Brouardel.)

M. Bouchet : De l'exercice musculaire insuffisant. Son influence sur le développement d'un certain nombre de maladies. (Président, M. Brouardel.)

M. Repéré : Des manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral. (Président, M. G. Sée.)

M. Mormiche : Contribution à l'étude de l'adénome palatin. (Président, M. Richet.)

Mercredi 7. — M. Didsbury : De l'état des gencives chez les femmes enceintes et de son traitement. (Président, M. Duplay.)

M. Charier : Essai sur l'œdème consécutif aux hémorrhagies. (Président, M. Vulpian.)

M. Picot : Traitement de la fistule à l'anus par la ligature élastique non serrée, ou tube à drainage. (Président, M. Parrot.)

M. Barrera : De la variabilité des signes d'auscultation du rétrécissement mitral. (Président, M. Polain.)

Jeudi 8. — M. Gustin : Étude clinique sur l'inoculabilité de la diphthérie. (Président, M. Laboulbène.)

M. Rouanet : Recherches sur la guérison du pneumothorax chez les phthisiques. (Président, M. Laboulbène.)

M. Ducasse : Essai sur l'emploi du bromure d'éthyle dans les accouchements naturels simples. (Président, M. Pajol.)

Vendredi 9. — M. Delaittre : Etude sur l'historique, l'étiologie et la pathogénie de la syphilis héréditaire. (Président, M. Fournier.)

M. Marie : Contribution au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. (Président, M. Charcot.)

Samedi 18. — Pas de thèses.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de notre excellent confrère le docteur Bertillon, chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris, professeur de démographie à l'Ecole d'anthropologie, décédé à l'âge de 61 ans, en son domicile, rue Charles-Laffite, 72, à Neuilly-sur-Seine. — Les obsèques auront lieu le samedi, 3 mars, à 4 heures très précises ; on se réunira à la maison mortuaire, d'où l'on se rendra directement au cimetière de Neuilly.

En présence de cette nouvelle aussi triste qu'inattendue, nous ne pouvons qu'envoyer à M. le docteur Jacques Bertillon, notre digne confrère, l'expression de nos regrets et de notre vive sympathie.

Le thé et le café extraits du guano. — Tous les chimistes connaissent la xanthine, substance qui se trouve dans l'urine et par suite dans le guano, la colombine, etc. D'un autre côté, le café et le thé contiennent de la caféine et de la théobromine. Or M. Fischer vient de trouver un procédé qui permet d'obtenir à volonté de la caféine ou de la théobromine au moyen de la xanthine. Ainsi la chimie arriverait à nous donner de l'extrait de thé ou de café tirés du guano ! *Horresco referens.* (*Les Mondes.*)

Prix biennal de la Société de médecine pratique de Paris. — La Société décernera, dans sa première séance de janvier 1885, un prix de 800 francs et une médaille commémorative à l'auteur du meilleur mémoire inédit traitant un sujet de médecine pratique qui lui aura été présenté avant le 1er octobre 1884.

Les travaux accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur devront être adressés *avant le 1er octobre* 1884, à M. Gillet de Grandmont, secrétaire général, 4, rue Halévy.

Projet de centenaire du coton. — Il y aura, en 1884, le centenaire du pemier chargement de coton expédié d'Amérique en Europe.

Six balles avaient été envoyées en Angleterre ; elles furent saisies par les officiers de la douane, sous prétexte que ce coton ne pouvait avoir poussé aux États-Unis, et que son transport par navire, n'appartenant pas au pays de provenance, était une fraude.

Il est question, aux États-Unis, de célébrer cet anniversaire par une exposition de coton sous toutes les formes.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DES EFFETS ANTITHERMIQUES

DU SULFATE DE QUININE ET DU SALICYLATE DE SOUDE ADMINISTRÉS CONCURREMMENT DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1),

Par le docteur F. SOREL, membre correspondant.

B. INTENSITÉ FÉBRILE. — Le tracé enregistrant les degrés constatés matin et soir, n'est pas l'expression réelle des variations journalières de la température fébrile; cependant les indications qu'il fournit sont suffisantes dans la pratique. Les observations suivantes nous font voir que des maxima et des minima thermiques se produisent en dehors de l'heure des mensurations habituelles; elles donnent aussi la preuve que la médication quinino-salicylée agit sur la fièvre elle-même en augmentant l'amplitude des oscillations par la production de minima souvent considérables dans la soirée, ce qui est déjà un bienfait, mais encore en abaissant le centre de la régulation thermique et en modérant les degrés maxima eux-mêmes.

OBS. VII. — L... (Albert), 23 ans, soldat au 2e de ligne, dans sa deuxième année de service, entre à l'hôpital le 30 mars 1882, au cinquième jour de maladie. Fièvre typhoïde sans gravité; taches rosées; pouls restant inférieur à 100 pulsations; apyrexie au seizième jour. Pendant la convalescence, accès de fièvre tellurique, le 19 avril.

		Matin.	Midi.	3 heures.	6 heures.
Mars	30......	38,0		39,8	
	31......	37,8	38,0	38,2	38,2
Avril	1......	38,5	39,2	38,5	38,2
	2......	38,0	39,0	38,2	38,0
	3......	37,6	38,8	38,5	38,0
	4......	37,6	38,9	38,4	37,8
	5......	37,5	38,6	38,8	38,5
	6......	37,6	38,7	38,5	37,8
	7......	37,5	38,0	38,0	37,8
	8......	37,1	38,0	38,0	37,6
	9......	37,4	38,1	38,0	37,6
	10......	37,0	37,5	37,7	37,8
	11......	37,2	37,0	37,5	37,5
	12......	36,8	37,0	37,3	37,0

Médication. — 1 gramme de sulfate de quinine et de 3 à 4 grammes de salicylate de soude, du 30 mars au 8 avril; 1/2 gramme de sulfate de quinine et 2 grammes de salicylate de soude, les 9 et 10 avril.

Il se produit ici un maximum thermique à midi, que le tracé bi-quotidien laisse ignorer et l'on voit l'action antithermique de la médication, déjà manifeste à trois heures, se continuer dans la soirée. L'amplitude des oscillations est ainsi augmentée et les degrés maxima sont eux-mêmes bientôt abaissés.

Je ne donne qu'un fragment de l'observation suivante, où la maladie s'est prolongée jusqu'au cinquantième jour.

(1) Suite. — Voir les numéros des 20 et 24 février.

Obs. VIII. — G... (Constant), 22 ans, jeune soldat au 47e de ligne, de la deuxième portion du contingent, entre à l'hôpital le 14 septembre 1881, au quatrième jour de maladie. Fièvre typhoïde très grave, surtout par sa durée ; symptômes thoraciques prononcés ; taches rosées ; éruption abondante et à diverses reprises de sudamina et de miliaire. Apyrexie au cinquantième jour.

Jours de la maladie.	Septembre.	Matin.	Midi.	3 heures.	6 heures.	8 heures.
10	20	39,2	»	40,8	»	
11	21	39,7	»	40,5	»	
12	22	39,8	42,4	40,4	38,5	37,6
13	23	38,5	39,0	37,4	39,8	
14	24	37,8	40,2	39,6	38,0	
15	25	39,0	39,5	37,3	38,0	
16	26	38,3	38,8	40,2	40,0	
17	27	37,4	39,0	37,0	37,1	
18	28	38,2	39,2	39,7	40,5	
19	29	39,1	38,9	39,4	39,6	
20	30	38,0	38,1	39,5	39,4	

Médication. — Sulfate de quinine, 1 gramme chaque jour, sauf les 11 et 19 septembre; salicylate de soude, 3 grammes les 10, 12 et 15 septembre; 2 grammes les 11, 13, 14, 16, 17. Suspension les 18, 19 et 20.

Depuis le 14 septembre, jour de l'entrée, la température avait fléchi jusqu'au 19, suivant une ligne de descente à peu près continue; au moment d'une atténuation dans la médication, elle se relève, et le 22, vers onze heures et demie du matin, le malade est pris de frissons si violents qu'ils ébranlent le lit; à midi, on constate le degré considérable de 42°,4; peu après surviennent des sueurs abondantes et la fièvre tombe dans la soirée. A plusieurs reprises, j'ai dû suspendre le salicylate de soude, qui déterminait des sudations considérables.

L'impaludisme est tout à fait étranger à cet incident; nous avons déjà vu antérieurement le relèvement brusque de la température amené par des changements dans la médication; d'autre part, les frissons ne sont pas exclusifs à l'accès intermittent, où ils manquent quand la fièvre s'établit lentement; ils sont provoqués, comme dans le cas présent, par l'élévation rapide de la température; c'est là un fait de physiologie pathologique indépendant de la cause morbide.

Je ne sais pourquoi on a une tendance à rapporter au tellurisme les grandes oscillations qui dans un certain nombre de cas marquent la fin de la fièvre typhoïde. Ces oscillations, qui paraissent être le fait d'une résorption secondaire des produits putrides au moment de la réparation des plaques de Peyer, appartiennent bien en propre à la maladie. Elles sont peu influencées par la médication quinino-salicylée, qui parvient tout au plus à les inverser sans abréger leur durée. Aussi peut-on, quand elles apparaissent, cesser la médication, d'autant plus qu'alors, à moins de complication imprévue, la guérison est assurée.

Les variations du pouls ne présentent qu'une importance secondaire; le nombre des pulsations est abaissé d'une façon générale par la médication, et à une diminution du degré thermique dans la soirée correspond une diminution parallèle dans la fréquence du pouls.

C. Marche de la maladie. — *Durée.* Les formes écourtées ont été nombreuses. Dans 26 cas, l'apyrexie était complète du 14e au 16e jour. Elles ont été surtout fréquentes au mois d'octobre, mois du reste qui a fourni le plus de malades. Leur répartition et l'impuissance avérée de la médication à supprimer les oscillations des derniers jours, quelque faibles qu'elles soient, me font regarder comme nulle son influence sur la durée de la maladie.

La durée moyenne de 16 à 22 jours s'est rencontrée 38 fois; 21 fois la maladie s'est prolongée du 25e au 35e jour; enfin, la guérison s'est fait attendre 3 fois jusqu'au 40e jour, et dans un cas jusqu'au 50e.

Rechutes. — Dans 4 cas, il y eut rechute; la maladie première avait duré 14, 33,

20 et 35 jours, elle survint dans le même ordre aux 17e, 10e, 10e. 15e jour de la convalescence et prit fin les 7e, 12e, 15e et 17e jours.

Complications. — Dans les cas suivis de guérison, je note : *accompagnant la maladie :* ictère 1, laryngo-bronchites 2, pleurésie 1 ; — *au moment de la défervescence :* otite externe 1, pleurésie 1 ; — *pendant la convalescence :* irido-choroïdite 1, pleurésie puis érysipèle 1, dysentérie 1.

La médication a été employée avec un avantage marqué chez les malades du premier groupe; elle est restée étrangère aux complications survenues, soit au moment de la défervescenee, soit pendant la convalescence.

Mortalité. — Sur 85 malades militaires, nous comptons 10 décès, mais il est à remarquer que la mortalité, qui est de 8 sur 31 cas pour les trois premiers mois de juillet à septembre 1881, n'est plus que de 2 pour 54 cas pendant les neuf mois suivants.

Les malades civils ont eu 4 décès sur 18 malades.

Sur les 14 décès constatés, trois fois la mort est survenue du septième au neuvième jour de la maladie, peu après l'entrée à l'hôpital; c'était là des formes ataxiques primitives contre lesquelles toute médication reste impuissante.

Dans six cas, des complications ont été cause de la mort, à savoir : une thrombose de la veine iliaque externe gauche avec infarctus pulmonaire du même côté; un érysipèle de la face survenu au moment même où le malade entrait en convalescence, et devenant gangréneux; un phlegmon diffus de l'avant-bras se développant vers la fin de la maladie; enfin deux cas d'hémorrhagie intestinale tardive, et un cas de perforation de l'intestin.

Aucune de ces complications ne me paraît devoir être rapportée à la médication quinino-salicylée, qui n'a pas pu d'autre part les prévenir.

Des 5 cas restants, deux fois la mort est survenue du treizième au quinzième jour et trois fois vers le vingtième jour. Ces malades, plus ou moins épuisés, ont succombé à la forme ataxo-adynamique.

Chez tous, la médication quinino-salicylée a produit des effets antithermiques, mais en général moins accentués; dans un ou deux cas, ils ont été très marqués au contraire.

Lorsque le malade se présente à nous ou que la maladie est reconnue, elle est en possession de ses principaux caractères; tout au plus, et c'est ce à quoi nous devons tendre, nous est-il possible de modérer dans un grand nombre de cas les phases de son évolution. La fièvre est un des éléments du processus sur lequel la médication quinino-salicylée nous permet le plus souvent d'exercer une action modératrice; mais ce n'est là qu'un des côtés du problème, et il ne suffit pas d'abaisser la température pour être maître de la situation, ainsi que nous le verrons plus loin.

A suivre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 décembre 1882. — Présidence de M. Millard.

SOMMAIRE. — Correspondance. — *Sur les pneumonies du début de la fièvre typhoïde*, par M. Lépine (de Lyon). — Note de M. Gérin-Roze *sur la blépharite chronique tuberculeuse*. — Communication de M. Damaschino *sur les affections associées de la moelle et du cerveau*. — Continuation des recherches de M. Martineau *sur l'évolution de la syphilis chez le singe*. — Lecture du rapport de M. Desnos sur les travaux de la Société pendant l'année 1882. — Élections du bureau pour l'année 1883.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — La *Loire médicale*. — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Union médicale et scientifique du Nord-Est*. — *Société des sciences médicales de Gannat*. — *Bulletin* de la Société anatomique, 1881. — *Annales de gynécologie*. — *Lyon médical*, etc.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Henry CAZALIS *sur la désinfection des vêtements dans les maladies contagieuses.*

2° Lettre de M. LÉPINE, de Lyon, avec communication : *Sur les pneumonies du début de la fièvre typhoïde.*

En soumettant l'observation suivante à la *Société médicale des hôpitaux*, j'exprime le vœu qu'elle soit l'occasion d'une discussion sur la nature des pneumonies qui surviennent au début de la fièvre typhoïde. Un de nos collègues, dans l'excellent ouvrage qu'il vient de faire paraître exprime l'opinion qu'elles sont toujours une complication accidentelle de la dothiénenterie (1). J'incline au contraire à croire que, dans le plus grand nombre des cas, elles sont une localisation précoce de la maladie typhique. S'il en est réellement ainsi, elles méritent un nom particulier : on a déjà proposé celui de *pneumo-typhoïde.* La désignation de *fièvre typhoïde pneumonique,* à la fois plus correcte et plus claire, serait sans doute acceptée, si la Société médicale des hôpitaux lui accordait son haut patronage. En tout cas le nom de *pneumonie typhoïde* doit être absolument rejeté puisqu'il a servi, comme on sait, à désigner des pneumonies adynamiques n'ayant, quant à leur nature, rien de commun avec la dothiénenterie.

OBS. — FIÈVRE TYPHOÏDE *s'étant manifestée d'*ABORD *par une* PNEUMONIE *gauche,* PUIS *par des symptômes* DOTHIÉNENTERIQUES ; *accidents nerveux; bains froids;* RÉSOLUTION DE LA PNEUMONIE ; *aggravation des accidents nerveux, continuation des bains froids; amélioration; puis cachexie hydrémique, eschare, marasme, mort.*

AUTOPSIE : *Restitutio ad integrum du poumon ;* PSORENTERIE.

D... F..., âgé de 15 ans, manœuvre maçon, entre le 3 novembre 1882 dans mon service. Cet enfant a quitté son pays (la Creuse) il y a 8 mois ; depuis lors il est à Lyon, et a été mal nourri. Il est un peu maigre et ne paraît pas avoir son âge. Le 30 octobre, étant en sueur, il a bu un verre d'eau froide. Le lendemain il n'a pu travailler : il avait des frissons, de la céphalalgie, de l'oppression et une petite toux ; de plus, il ressentait des douleurs dans la poitrine sans point de côté fixe ; pas de selles ; inappétence, fièvre.

A la visite, le 4 novembre matin, on constate l'état suivant :

Décubitus dorsal ; adynamie ; pommette gauche rouge ; pupilles un peu larges ; langue rouge sur les bords. Peau chaude ; pouls 92. T. 40,4 C. ; pas de ballonnement de l'abdomen ; pas de gargouillement, mais un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite ; dyspnée légère, toux peu fréquente, suivie d'une expectoration peu abondante, visqueuse, non colorée. A la percussion, submatité bien nette dans la fosse sous-épineuse gauche et en dehors de celle-ci ; à l'auscultation, on perçoit le murmure dans le poumon gauche, sauf dans la fosse sous-épineuse, bien en dehors de la racine des bronches, où il est remplacé par un souffle tubaire intense ; plus en dehors, nombreux râles crépitants. Dans la plus grande partie du poumon gauche, les vibrations thoraciques sont exagérées. Rien d'anormal dans le poumon droit.

L'urine, un peu concentrée, présente, si l'on y verse de l'acide nitrique, un petit anneau d'acide urique, mais pas d'albumine. (Sulfate de quinine 1 gr. ; lavement, vésicatoire).

5 novembre. Même adynamie ; P. 72 ; T. 39°4 le matin ; 39°9 le soir. Le souffle tubaire est moins intense qu'hier ; même douleur dans la fosse iliaque droite ; le malade a eu un peu de diarrhée ; l'urine présente un mince anneau d'albumine après addition d'acide nitrique.

6. T. 39,8 le matin ; 40,5 le soir. Le souffle a encore diminué ; une tache rosée sur l'abdomen ; diarrhée.

7. 40,5 le matin. Plusieurs taches rosées. A cause de l'élévation progressive de la température, malgré l'emploi de la quinine, et en raison de l'atténuation manifeste de la pneumonie, on administre un bain froid.

8. La température a été légèrement abaissée ; mais le souffle a repris son intensité primitive ; pour cette raison on ne donne plus de bains. Mêmes symptômes abdominaux ; l'albuminurie a augmenté.

9. Même état ; ventre ballonné. T. 40° le matin, 40,2 le soir. Pouls 100 à 108. (Sulfate de quinine 1 gr. 50, pas de bain.

10. Amélioration de l'état du poumon et de l'état général ; l'albuminurie est fort légère. T. 39°7 le matin, 39°8 le soir.

11. T. 39°5 le matin ; 40°2 le soir.

12. T. 39°8 le matin ; 40°5 le soir. Nouvelle aggravation de la pneumonie ; submatité en

(1) Cadet de Gassicourt, *Traité des maladies de l'enfance*, t. II.

avant sous la clavicule gauche; en arrière, le souffle est très intense et s'accompagne de beaucoup de-râles crépitants, un peu gros, à timbre métallique.

13. T. 40°8 le matin. Augmentation de l'albuminurie. Injection sous-cutanée d'ergotine. T. 40°7 le soir; délire la nuit.

14. T. 41° le matin; pouls petit, mou, 136; le souffle tubaire a augmenté. En présence de cette hyperthermie croissante et de l'inefficacité de la quinine, que le malade rejette d'ailleurs en partie, on décide de recourir de nouveau aux bains froids suspendus depuis le 7, et on prescrit de prendre désormais la température au moins toutes les trois heures et de mettre le malade dans un bain froid (à 16° C.), chaque fois qu'elle dépassera 39°. En conséquence le malade prend un bain à 10 heures, à 2 heures 1/2, à 8 heures et deux fois la nuit.

15. L'état général est meilleur. Le pouls, un peu mou, est à 100. L'impulsion du cœur est d'ailleurs peu énergique; les bruits plus faibles. Le malade prend aujourd'hui cinq bains; *Les taches rosées sur l'abdomen sont très abondantes*; météorisme abdominal, gargouillement dans la fosse iliaque droite.

16. Amendement très marqué des symptômes thoraciques; plus de souffle; seulement des râles de retour; pouls large et mou; diarrhée abondante (s. n. de bismuth): aujourd'hui il prend 6 bains. Pendant le bain de 10 heures du soir, le malade a un accès (épileptiforme ?) : écume à la bouche, convulsion, puis raideur tétanique des membres; perte complète de la connaissance pendant plus de cinq minutes. Une heure après ce bain, la température était 37°7. A ce moment le malade délirait. Pendant le bain de 4 heures du matin, nouvel accès, mais moins violent: raideur des membres; yeux ouverts et fixes; écume à la bouche.

17. Le matin, pas de délire; quelques râles de retour. Pouls mou, 130; urine peu colorée, qu'on dit être assez abondante, renfermant par litre 11 gr. 5 d'urée, 2 grammes d'albumine et une assez forte proportion d'acide urique. Le malade prend aujourd'hui huit bains et n'a n'a pas de crises.

18. A eu du délire la nuit; pouls 160; bruits du cœur très sourds, sans souffle; pupilles peu contractiles; adynamie profonde: aujourd'hui six bains. On prescrit d'augmenter la quantité de lait, que le malade reçoit quotidiennement, à la dose d'un demi-litre.

19 et 20. Six bains chaque jour; amélioration; pas de délire la nuit.

20 et 21. Cinq bains chaque jour. Il n'y a plus de râles de retour dans la partie moyenne du poumon gauche, mais la respiration est soufflante aux deux bases, surtout à droite, et on y entend des râles sous-crépitants; les vibrations thoraciques y sont diminuées.

22 au 30. De cinq à trois bains chaque jour; le malade a peu d'appétit; peau sèche; pouls toujours très fréquent; bruits du cœur très faibles; œdème des membres inférieurs.

1er décembre. Pouls 136; respiration légèrement soufflante aux deux bases; pas d'appétit ; aujourd'hui pour la première fois, pas de bain, la température n'ayant pas atteint 39°.

2 et 3. Même état; pouls 120; grande adynamie; depuis plusieurs jours il s'est formé des eschares au sacrum; urine, qu'on dit être assez abondante, moins de 10 grammes d'urée par litre; les bruits du cœur sont très faibles; le malade ne délire pas, mais il paraît fort abruti. Le 4, il meurt après une courte aggravation de l'adynamie. L'urine des derniers temps ne renferme que 6 grammes d'urée par litre.

Autopsie. Les membres inférieurs sont très œdématiés. Les muscles sont en général d'une couleur normale, sauf les droits de l'abdomen, qui sont remarquablement pâles et paraissent beaucoup plus consistants. Le péritoine est sain: les ganglions mésentériques sont très notablement tuméfiés, de couleur violette et de consistance molle.

Les organes sont en général petits; la rate est molle, mais peu volumineuse : poids 130 gr.

La muqueuse intestinale ne présente que des altérations fort minimes : à quelques centimètres de la valvule, il y a une zone très congestionnée, et sur la partie inférieure de l'iléon on remarque une très notable augmentation de volume des follicules clos qui font un relief très sensible à la surface de la muqueuse, surtout près de la valvule, mais ces follicules ne sont pas ulcérés; les plaques de Peyer ne sont pas augmentées de volume; on les distingue très nettement; elles présentent l'aspect de la barbe récemment faite; mais elles ne font aucun relief à la surface de la muqueuse. Le gros intestin ne présente pas non plus d'ulcération. Les reins pèsent chacun 160 grammes. Par places, la substance corticale est pâle. Sur des coupes fines, après durcissement dans l'alcool, on trouve une altération très prononcée de l'épithélium des tubes contournés et dans un grand nombre d'entre eux beaucoup de globules rouges (on n'a jamais remarqué pendant la vie qu'il y eût de l'hématurie).

Le cœur pèse 275 gr.; le ventricule gauche est *relativement* volumineux, mais sans hypertrophie de ses parois. Le myocarde est un peu pâle; les valvules ne présentent rien d'anormal.

Le foie est, relativement aux autres organes, un peu volumineux : il pèse 1,720 grammes ;

il n'est pas très gras; pas de bile dans le vésicule. Les deux poumons présentent à leur bord postérieur, près de la base, quelques lobules atélectasiés (et quelques lobules emphysémateux, surtout dans le poumon droit). On ne trouve pas trace de la pneumonie à la partie moyenne du poumon gauche et au sommet.

Le cerveau est pâle, sans hydrocéphalie; la glande pinéale est grosse et dure; pas plus que les poumons, les méninges, minutieusement examinées, ne renferment de granulations tuberculeuses.

Le sang est remarquablement aqueux.

A en juger par les faits publiés jusqu'à ce jour, la fièvre typhoïde pneumonique n'est pas, en général, très grave; souvent sa durée est beaucoup plus courte, la fièvre cessant à peu près en même temps que la résolution de la pneumonie, c'est-à-dire avant la fin du second septenaire. Le cas que je viens de rapporter est loin de s'être comporté ainsi : la fièvre n'a été ni courte ni bénigne, et les accidents nerveux, ainsi que les symptômes intestinaux, ont persisté ou même augmenté plusieurs jours après la résolution de la pneumonie. Mais, pour être un peu insolite, ce cas n'en est que plus probant. En effet, lorsque la maladie se termine en moins de quinze jours par la guérison, si les taches rosées n'ont pas été observées d'une manière très positive, l'intoxication typhique peut être contestée. On a beau arguer de l'existence d'une épidémie, de la diarrhée, etc., on ne peut fournir une preuve péremptoire qu'on n'a pas eu simplement affaire à une pneumonie.

Ici cette objection ne serait pas fondée : les taches rosées ont été constatées *pendant* et *après* la pneumonie. Cliniquement, la réalité de la fièvre typhoïde n'est pas plus douteuse que celle de la pneumonie.

Ce qui est seulement discutable, c'est la *nature* de cette dernière. On pourrait, à la rigueur, soutenir qu'il s'agissait d'une pneumonie franche ayant évolué à côté d'une dothiénentérie; mais cette hypothèse est peu naturelle : la pneumonie n'a pas eu l'allure d'une pneumonie franche. Les variations singulières de l'intensité du souffle, sa persistance à la même place, environ quinze jours, durant lesquels les crachats n'ont jamais été colorés, sont des particularités peu communes dans la pneumonie vulgaire; d'autre part, le peu d'intensité des lésions intestinales s'explique mieux, si l'on admet la nature typhique de l'affection thoracique. Supposons l'indépendance de la pneumonie et de la dothiénenthérie, on comprend mal qu'après cinq semaines, et malgré la gravité de l'état général, il n'existe qu'une psorentérie légère. Le paradoxe disparaît si l'on met la pneumonie au compte des lésions de la fièvre typhoïde.

La pneumonie dans ce cas a-t-elle été surtout congestive? Y a-t'il eu une vraie consolidation fibrineuse? Je ne suis pas en état de me prononcer, mais je rappellerai que M. Cornil a trouvé une hépatisation fibrineuse dans des pneumonies développées d'une manière précoce chez des typhiques; et, tout récemment, M. le docteur Lannois, médecin militaire des plus distingués, m'a montré un réseau fibrineux dans les alvéoles pulmonaires chez un sujet ayant succombé au septième jour d'une dothiénentérie (1).

Un seul mot en finissant : M. Cadet de Gassicourt dit qu'il ne sait comment distinguer la pneumonie *complication* de la pneumonie *localisation* de la fièvre typhoïde. Mais, de ce qu'il y a des cas où la pneumonie ne peut être distinguée de la broncho-pneumonie (MM. Cadet de Gassicourt et Balzer ne l'ignorent point), s'ensuit-il que les deux maladies soient identiques?

—

M. Gérin-Roze communique la note suivante, intitulée : *Blépharite chronique tuberculeuse.*

Messieurs,

Dans le courant de cette année, j'ai eu l'honneur de vous présenter un homme atteint de tuberculisation de la muqueuse palpébrale. Plusieurs d'entre vous ayant fait des réserves sur la nature tuberculeuse des granulations qui caractérisent cette variété nouvelle de la blépharite, j'ai suivi mon malade jusqu'à la mort, et ai pu en pratiquer l'autopsie.

L'examen histologique a confirmé mes prévisions; ce dont vous pourrez vous assurer, en écoutant la fin de l'observation dont la première partie vous a été communiquée dans la séance du 10 février dernier.

J'ai pris soin d'apporter à l'appui de mon assertion des préparations micrographiques faites par M. Luc, mon interne, qui s'est associé à mes recherches dans cette circonstance.

Il me semble donc scientifiquement établi que la granulation tuberculeuse peut se développer dans la muqueuse palpébrale, aussi bien que dans les autres tissus; ce qui d'ailleurs pouvait être prévu par l'analogie.

(1) Ce cas vient d'être publié par M. Lannus dans le *Lyon médical*, 4 décembre 1882.

Suite de l'observation de Frigaux.

Le 10 février, les membres de la Société ont pu constater *de visu* que le nommé Frigaux était atteint de tuberculose du poumon, du larynx, et d'une blépharite granulo-ulcéreuse du côté droit.

Du 10 février au 13 mai, l'état du malade se compliqua de l'apparition de divers abcès, à marche lente, dont l'ouverture resta fistuleuse jusqu'à la mort. Aucun de ces abcès n'avait de rapport avec une altération quelconque des os ou des articulations sous-jacents. Ils se comportèrent comme des abcès froids. L'examen microscopique de leur paroi, fait après la mort, ne permit pas d'y découvrir de tubercules.

L'un de ces abcès s'était développé sur la face dorsale du pied gauche. Il fut ouvert le le 15 mai et donna issue à du pus granuleux et mal lié. Un peu de ce pus fut introduit dans la chambre antérieure des deux yeux et dans l'épaisseur de la cornée gauche d'un fort lapin. Au bout de quelques jours, l'œil gauche se vida. Puis l'œil droit redevint transparent ; et le lapin guérit sans être devenu tuberculeux.

14 juin. Les signes de la tuberculisation du poumon et du larynx s'accentuent. Le cornage, l'aphonie et la dysphagie sont plus marqués.

L'examen des yeux donne les résultats suivants :

Œil droit. — La conjonctive a une teinte rouge vif. Les ulcérations, toujours limitées à la paupière supérieure, sont agrandies au-dessus du bord supérieur du cartilage tarse, la muqueuse est convertie en une vaste ulcération à fond grisâtre, granuleux, parsemé de points jaunâtres avec suintement purulent. Au-dessous de cette vaste ulcération mal délimitée s'en rencontre une autre correspondant à la portion tarsienne de la paupière. Elle est grosse comme une lentille, et offre l'aspect granuleux et la coloration gris jaunâtre de la précédente.

Œil gauche. — L'œil gauche commence à se prendre. La conjonctive injectée présente, à sa partie moyenne, une élévation grosse comme une tête d'épingle avec un point jaunâtre au sommet, picotements, sensation de gravier.

8 juillet. Etablissement de la cachexie. Dysphagie extrême. Fièvre hectique. Diarrhée. Affaiblissement progressif jusqu'à la mort, survenue le 6 août.

Autopsie. (Note fournie par M. Luc, interne du service.)

Poumons. Cavernes aux deux sommets. Infiltration généralisée de granulations tuberculeuses paraissant d'origine récente.

Larynx. La muqueuse est transformée en une vaste ulcération suppurante.

L'épiglotte a la forme d'un gros bourrelet rouge, ratatiné.

Les cordes vocales supérieures et inférieures sont tuméfiées et déchiquetées.

La glotte est œdématiée.

Au voisinage du cartilage arythénoïde gauche, on trouve un clapier plein de pus, au fond duquel se voit une portion du cartilage cricoïde noirâtre et ossifié. Sur les portions restées cartilagineuses, bon nombre de corpuscules sont en voie de multiplication. D'autres contiennent des gouttelettes graisseuses. En outre, la substance cartilagineuse est infiltrée de granulations graisseuses.

Paupières. Après avoir successivement trempé dans le liquide de Muller, dans la gomme et dans l'alcool, les paupières ont subi des coupes perpendiculaires à leur bord libre.

Sur ces coupes, colorées au picro-carminate, on retrouve les diverses couches de la région. Les lésions sont limitées à la muqueuse. Au niveau de l'ulcération, elles se terminent par un bord irrégulier où les papilles, encore visibles, sont privées de leur épithélium. La muqueuse est infiltrée de jeunes cellules et de granulations amorphes. Sur plusieurs coupes, on distingue nettement une granulation tuberculeuse parfaitement ronde, jaunâtre, ayant la dimension d'une tête d'épingle et formée de tissu granuleux sans cellule géante.

En résumé, Frigaux nous fournit un bel exemple de tuberculose généralisée ayant envahi successivement l'appareil respiratoire et les paupières, et s'étant accompagnée d'abcès multiples superficiels dont la nature tuberculeuse probable n'a pu être absolument démontrée.

C'est, je crois, la première observation avec autopsie de tuberculose des paupières.

—

M. Damaschino présente un travail avec dessins à l'appui, sur les affections associées de la moelle et du cerveau. (Sera publié.)

—

M. Martineau fait une communication intitulée : *De la syphilis chez le singe.*

Messieurs,

En terminant avec mon interne, M. Hamonic, notre communication à l'Académie des

sciences et à l'Académie de médecine sur la bactéridie syphilitique et la syphilis chez le porc, nous avons pris l'engagement de poursuivre nos études sur la syphilis chez les animaux. Aujourd'hui je viens tenir ma promesse en faisant hommage à la Société médicale des hôpitaux de mes expériences sur la syphilis du singe.

Après plusieurs tentatives infructueuses d'inoculation de la syphilis au singe, inoculations faites sur l'abdomen, dans la région pénienne, je suis parvenu à la lui inoculer sur le prépuce, me mettant ainsi dans la condition où l'homme la contracte le plus ordinairement et surtout en choisissant pour l'inoculation un endroit où la peau est fine et abondamment pourvue de vaisseaux lymphatiques.

A cet effet, le 16 novembre 1882, à dix heures et demie du matin, nous pratiquons avec mon interne, M. Hamonic, trois inoculations sur la peau du fourreau de la verge, à l'aide d'une aiguille cannelée à vaccin et chargée de la sérosité recueillie sur un chancre syphilitique induré existant sur le bord antérieur de la petite lèvre droite d'une malade couchée au n° 37 de la salle Natalis Guillot et entrée à l'hôpital de Lourcine le 14 novembre. En même temps que nous pratiquons ces inoculations, nous procédons, chez la malade, à l'auto-inoculation de cette sérosité sur la face interne de la cuisse droite, afin qu'il ne puisse exister aucun doute sur la réalité du chancre syphilitique, du chancre infectant dont cette femme est atteinte. Disons de suite que cette auto-inoculation a été négative.

L'inoculation a été pratiquée, le singe préalablement endormi par le chloroforme, à la face interne et près de l'extrémité du prépuce, dans trois points différents, deux latéraux et un antérieur.

Jusqu'au 14 décembre, nous n'observons aucun phénomène morbide général ou local. Ce jour-là, vingt-huit jours après l'inoculation, nous constatons sur le prépuce, au niveau des deux points latéraux inoculés, deux chancres infectants, du volume d'une petite lentille, caractérisés par une érosion superficielle, à fond lisse, uni, plutôt grisâtre que rougeâtre, à bords légèrement élevés, aplatis, non taillés à pic, non décollés, se confondant d'une part avec le centre de l'érosion, et, d'autre part, avec les tissus environnants. Ces érosions reposent sur une base indurée donnant la sensation parcheminée. Cette induration est exactement limitée à l'érosion; aussi est-il facile de l'énucléer des parties profondes de la peau et des parties environnantes; elle constitue un véritable corps étranger, qui, on le sait, a servi à caractériser chez l'homme le chancre syphilitique, le chancre infectant. Le chancre situé à gauche est un peu plus volumineux que celui de droite.

Le 16 décembre, même aspect des chancres, développement dans l'aine gauche d'un ganglion du volume d'une noisette, mobile, ne paraissant pas douloureux. La peau qui le recouvre est mobile à sa surface et ne présente aucune altération dans sa coloration. L'état général de l'animal est excellent. La température de l'animal, prise avec une grande difficulté, vu l'indocilité du sujet, donne, dans l'aisselle, 36° environ.

Les jours suivants, mêmes difficultés pour prendre la température, qui varie entre 37°, 37,°3 et 38°, 38,°2.

Le 19 décembre, diarrhée assez abondante, même état local.

Le 21, la diarrhée a disparu. Développement dans l'aine droite d'un ganglion aussi volumineux que celui situé à gauche et ayant les mêmes caractères de mobilité et d'indolence. Température, 38°,2. Soif vive, mains chaudes. Ordinairement ce singe, qui est très âgé, a les mains froides; il recherche la chaleur du poêle.

En faisant hommage à la Société médicale des hôpitaux de ce fait unique dans la science, mon intention est de convier mes collègues à poursuivre avec moi cette étude de la syphilis chez les animaux et à m'aider de leurs conseils. Je dis que ce fait est unique dans la science. En effet, les expérimentateurs soit en France, soit à l'étranger, n'ont jamais obtenu de résultats, probablement parce que, ainsi que je le faisais, ils pratiquaient l'inoculation sur les différents points du corps de l'animal et non sur le prépuce, dans des points où la peau, recouverte de poils épais, est réfractaire à l'inoculation. Quant aux résultats donnés par Auzias-Turenne, dans son mémoire communiqué à l'Académie de médecine, le 18 novembre 1850, ils ont pour objet l'inoculation au singe du chancre non syphilitique, non infectant, quoiqu'il ait prétendu le contraire. Pour se convaincre de l'erreur qu'il a commise, il suffit de lire les descriptions qu'il nous a laissées et de voir notamment que cet auteur inoculait, en quelque sorte, indéfiniment le chancre chez le même sujet. Or, nous savons que le chancre infectant n'est plus inoculable sur le sujet affecté de syphilis. Le chancre non syphilitique, non infectant, autrement dit le chancre mou, est seul auto-inoculable indéfiniment.

Pour compléter nos expériences, j'ai demandé à M. Bouley, professeur au Muséum d'histoire naturelle, une guenon, afin de savoir si elle contractera la syphilis par le coït, et si, par hasard, les singes se reproduisent en France, ce que j'ignore, il sera du plus haut intérêt, au point de vue de la syphilis héréditaire, de savoir si les produits seront syphilitiques. Je me

propose, en outre, d'inoculer une autre guenon sur la vulve, me plaçant ainsi encore dans les conditions où la femme contracte la syphilis.

Je tiendrai la Société au courant de tous les faits qui surviendront.

—

M. Desnos donne lecture de son Rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1882. (Voyez Union Médicale, 21 janvier 1883.)

—

On procède aux élections des membres du bureau et des diverses commissions pour l'année 1883.

Président, M. Millard; — vice-président, M. Bucquoy; — secrétaire général, M. Desnos; — secrétaires annuels, MM. Duguet et Troisier; — trésorier, M. R. Moutard-Martin.

Comité de publication : MM. Kiéner, Cuffer, Desnos, Duguet, Troisier.

Conseil d'administration: MM. Cadet de Gassicourt, Legroux, Lereboullet, Hallopeau, du Cazal.

Conseil de famille: MM. Dujardin-Beaumetz, Labric, Féréol, Gingeot.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Duguet.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séances des 28 juin et 26 juillet 1882. — Présidence de M. Donadieu.

Sommaire. — Correspondance. — Hydrocéphalie chronique. Discussion. — Un nouveau suspensoir.

M. le Président annonce, en termes très émus, la mort de MM. Edouard Labarraque et Auguste Mercier. Il insiste sur les services rendus à la Société par ces deux distingués et regrettés collègues; il rappelle que le premier fut longtemps secrétaire et que le second avait été récemment élu membre honoraire après avoir été deux fois président.

La correspondance comprend : 1° Une lettre de l'Association française pour l'avancement des sciences relative au Congrès de la Rochelle ; 2° Un mémoire sur la vallée de Davos, par M. Henri Picard ; 3° Une étude sur la gymnastique, par M. Collineau (Conférence faite à la Société pour l'instruction élémentaire) ; 4° Divers travaux d'hygiène professionnelle sur les ardoisiers, les pharmaciens et les ouvriers employés dans les fabriques de papiers peints, par MM. L. Duchesne et Edouard Michel; 5° Un travail de M. Bougeard sur le cancer (M. Thorens, rapporteur); 6° Un mémoire de M. le docteur Vidal sur la cautérisation ponctuée ; 7° Une brochure de M. Verne sur le goudron soluble ; 8° Plusieurs numéros de la *Revue médicale française*, du *Bulletin médical du Nord*, de la *Revue médicale de Toulouse*, etc., etc.

—

M. Collineau annonce à la Société qu'il a distribué, conformément à ce qui avait été décidé, un certain nombre d'exemplaires de son travail sur les aliénés. Il demande à la Société s'il ne conviendrait pas d'adresser ce mémoire à tous les membres du Conseil municipal. (Adopté.)

—

M. Christian : Messieurs, les pièces que j'ai l'honneur de vous présenter proviennent d'un malade, mort, il y a quelques mois, dans mon service, et atteint d'hydrocéphale chronique.

Ce que l'observation de ce malade présente d'intéressant, c'est qu'il est arrivé à l'âge de 44 ans, alors que généralement l'hydrocéphale ne permet pas à ceux qui en sont atteints de dépasser la première enfance. En outre, il n'a pas été un idiot proprement dit, car, à côté de certaines lacunes évidentes de l'intelligence, il présentait des aptitudes remarquables pour la musique et pour l'étude des langues.

C'est vers l'âge de 38 ans seulement que M. X... a donné des signes manifestes de folie. Celle-ci s'est rapidement aggravée et a nécessité le placement du malade dans une maison de santé; il est bientôt tombé dans la démence ; mais, jusqu'à la fin de sa vie, il est resté sujet à des accès d'agitation, avec impulsions violentes, qui le rendaient fort dangereux. Plusieurs fois, il avait été atteint de convulsions épileptiformes : il a succombé, dans les premiers jours de février, aux suites d'une broncho-pneumonie.

L'autopsie dut se borner au crâne et permit de constater les particularités suivantes :

Le cerveau pèse environ 1,400 grammes; l'hémisphère droit pèse 20 grammes de plus que celui de gauche. J'ai eu la malheureuse idée de placer le cerveau dans l'alcool ; il s'y est abîmé, au point que l'étude des circonvolutions n'a plus été possible ; il paraît conformé normalement.

La quantité de liquide contenue dans la cavité de l'arachnoïde était de plus de 1 kilogramme : c'était un liquide citrin, transparent.

Enfin ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est l'existence, dans la cavité de l'arachnoïde, d'un kyste fibreux volumineux, appliqué sur la face interne de la dure-mère, et renfermant 450 grammes de caillots et de sérosité sanguinolente (hématurie de la dure-mère). Ce kyste, placé dans la cavité droite de l'arachnoïde, ne comprimait cependant pas l'hémishère cérébral correspondant, puisqu'il pesait même plus que l'hémisphère gauche.

J'appellerai encore l'attention de la Société sur le mode de conservation du cerveau que je lui présente : ce procédé, que je ne connais pas du reste, appartient à un de mes anciens internes, M. le docteur Grima, actuellement médecin-adjoint à la Maison de santé d'Ivry. Comme vous le voyez, il donne des résultats remarquables.

DISCUSSION

M. Prat demande si d'hydrocéphale était congénitale dans ce cas.

M. Christian ne peut l'affirmer, mais il croit que cela est fort probable.

M. Archambault ne croit pas qu'il y ait aucune relation entre le kyste et l'hydrocéphalie, affection qui est presque toujours congénitale. Il y a dans l'enfance deux affections que l'on distingue avec soin l'une de l'autre et qui, par le fait, sont, en raison de leur nature et de eur mode de production, absolument identiques : ce sont l'hydrocéphalie et l'hydrorachis. Si l'on suppose, ce qui est la condition physiologique, toutes les causes cérébrales communiquant les unes avec les autres, on ne comprend pas que le liquide qui constitue l'hydropisie ventriculaire, obéissant aux lois de la pesanteur, ne vienne pas, quittant les parties supérieures pour atteindre les points les plus déclives, s'accumuler à la partie inférieure du canal rachidien et constituer l'affection désignée sous le nom d'hydrorachis. C'est effectivement ce qui a lieu dans un très grand nombre de cas. Mais il arrive que les canaux de communication, les aqueducs, qui font communiquer les ventricules entre eux, s'oblitèrent, et si il se fait une sécrétion anomale du liquide au-dessus du point obstrué, il en résulte la dilatation des ventricules et les autres conséquences de l'hydrocéphalie. Le point où se produit le plus fréquemment cette oblitération est l'aqueduc de Sylvius et, dans ce cas, les ventricules latéraux et le troisième ventricule sont seuls distendus par le liquide. J'ai démontré ce fait par des pièces anatomiques, lors de mon internat à l'hôpital des Enfants, en 1852.

Dans ce cas, les dimensions du quatrième ventricule restent absolument normales; mais il en est tout autrement, si l'oblitération se fait au point dit trou de Magendie.

J'ai présenté une pièce montrant cette disposition et dans laquelle l'aqueduc de Sylvius pouvait presque donner passage au petit doigt et où le quatrième ventricule avait, ainsi que ceux placés au-dessus, pris des proportions énormes.

La conclusion générale est celle-ci : c'est que l'hydrocéphalie et ses conséquences se montrent en amont d'un canal de communication oblitéré.

Comme autre preuve de l'analogie qui existe entre l'hydrorachis et l'hydrocéphalie, c'est qu'on a vu cette dernière se développer après la guérison d'un hydrorachis.

M. Labarraque croit qu'il existe une analogie entre la formation des épanchements dans le cerveau et ceux qui se forment dans les autres cavités; la plèvre, par exemple. N'y aurait-il pas quelque analogie à établir dans le traitement.

M. Archambault répond que les liquides diffèrent. Il n'y a pas d'albumine dans l'épanchement cérébral. On peut certainement traiter l'hydrocéphalie par la ponction. Il l'a fait plusieurs fois, mais le liquide s'est toujours reproduit. En somme, il croit que le médecin est impuissant à guérir l'hydrocéphalie.

M. Prat demande s'il ne s'est pas produit de paralysie dans les dernières années de la vie dn malade.

M. Christian répond que le malade n'a eu aucun symptôme de paralysie à aucune période de son existence. Il a récemment observé un cas d'hydrocéphalie chez une fille âgée de 40 ans environ, mais qui était complètement idiote.

—

M. Groussin : Les personnes obligées de porter un suspensoir en permanence ou pendant un temps assez long, sont souvent fort ennuyées de voir, presque toujours, ce petit appareil ne pas remplir exactement son but : soutenir les bourses, et non seulement les soutenir, mais les relever légèrement. Presque toujours en effet, surtout sur les personnes qui n'ont presque pas de hanches, la ceinture du suspensoir glisse le long du bassin, puis le long des

cuisses, entraînant avec elle les sous-cuisses et la poche; cet inconvénient a presque toujours lieu pendant les promenades ou les marches, la sueur aidant, que la personne soit ou non bien hanchée.

Depuis quelques années, j'ai adopté, avec succès, chez quatre ou cinq malades atteints d'orchite chronique, de varicocèle, ou simplement chez des personnes portant un suspensoir par mesure de précaution, le modèle suivant qui est de mon invention.

C'est un suspensoir ordinaire avec sous-cuisses : seulement j'y ajoute le long de la ceinture deux appendices; du côté gauche un coulant à boutonnière et bouton avec boucle en cuivre et coussinet; ce coulant doit toujours être maintenu immédiatement en arrière du bouton où s'attache la sous-cuisse gauche, de façon que la sous-cuisse s'oppose à son glissement en avant; d'ailleurs on peut le coudre à cette place même. — Du côté droit, un coulant faisant suite à un ruban de toile épais et fort de 2 à 3 centimètres de largeur; ce second coulant glissse aussi le long de la ceinture du suspensoir, ou peut être fixé en place, laquelle place sera toujours de préférence immédiatement en arrière de la boucle ordinaire de la ceinture du suspensoir, après que l'extrémité de cette ceinture aura été passée dans cette boucle et fixée par elle.

Cela fait, on fixe à la boucle gauche le ruban de toile de droite, qui vient alors s'appliquer sur le bas-ventre, entre l'ombilic et le pubis, et qui imprime à l'ensemble de l'appareil une fixité que l'expérience m'a démontré être permanente : c'est ce qui m'a fait baptiser ce suspensoir du nom de *suspensoir inamovible*.

— La séance est levée à six heures.

Les secrétaires, J. Cyr et Lutaud.

BIBLIOTHÈQUE

Traité pratique des maladies de la peau, par Louis A. Duhring; traduit et annoté par MM. Barthelemy et Colson. Paris, 1883; Masson.

Depuis quelques années, les traductions des ouvrages de dermatologie se multiplient rapidement. L'école française serait donc inféconde en traités didactiques complets ? Non assurément; mais sa vitalité s'affirme quotidiennement par de nombreux mémoires originaux. Certes, il est regrettable que les éminents représentants de la dermatologie française ne publient pas d'œuvre de longue haleine, comparables aux livres de Hébra, traduit par Doyon; de Neumann, traduit par Darin; de Kaposi, annoté et traduit par MM. E. Besnier et Doyon. Aussi, notre littérature médicale, dépourvue d'un Traité élémentaire des maladies de la peau, a du demander à l'étranger le livre de Duhring.

Cet ouvrage, avec les annotations des traducteurs, comblera cette regrettable lacune. Tel est le point que M. le professeur Fournier a victorieusement établi dans la préface de l'ouvrage actuel, dont l'édition française a été inspirée par l'éminent syphiliographe. Si cette préface sert de lettre d'introduction au livre de l'auteur américain, il ne faut pas oublier qu'il est honorablement connu et universellement répandu de l'autre côté de l'Océan et de la Manche.

Parmi ses qualités, il en est une, toujours appréciée des praticiens, et qui consiste à mettre la dermatologie usuelle à la portée de tous ceux qui, sans posséder de connaissances spéciales, ont besoin cependant de la connaître. De là, sans doute, la rapidité des éditions successives de cet ouvrage. Nous ne suivrons pas les traducteurs dans les étapes multiples de leur œuvre; mais nous ferons remarquer que l'édition actuelle du Traité de Durhing trouve en quelque sorte ses grandes lettres de naturalisation dans les annotations très nombreuses et très précieuses de M. Barthélemy. De plus, autre innovation des plus heureuses pour les étudiants et les lecteurs, on trouve, à propos de chaque type morbide, l'indication des spécimens que possède l'incomparable Musée dermatologique de l'hôpital Saint-Louis.

Ce livre est donc venu à propos pour combler une lacune de notre littérature médicale. C'est dire que le succès légitime en est assuré. Il sera d'ailleurs la légitime récompense des auteurs que nous félicitons de leur œuvre, toujours ingrate, de traducteurs. — Ch. E.

—

Recherches sur les zones hystérogènes, par le docteur Raoul Gaube. — Paris, 1882; O. Doin.

Malgré les descriptions magistrales qui, depuis quelques années, ont été données de l'hystérie, il reste encore une abondante moisson de faits à recueillir et à étudier dans le vaste champ de la « grande névrose. » Les zones hystérogènes sont des phénomènes qui devaient attirer l'attention; aussi, après la thèse de M. Buet, voici un autre mémoire original qui a

pour but de faire connaître leurs caractères physiques, de les distinguer des zones simplement douloureuses et de montrer leur évolution et leur disparition sous l'influence de causes diverses et dans les différentes phases de la maladie. Parmi les conclusions de cette thèse, il en est une que nous retenons : c'est que le siège des zones, pour les membres, n'est ni dermique, ni musculaire, mais occupe le tronc nerveux sous-jacent. Ces faits avaient été mis en lumière par M. Brown-Séquard, dans les expériences qui l'ont conduit à la découverte des zones épileptogènes et dans les recherches récentes sur l'inhibition et la dynamogénie. Le mémoire inaugural de M. Gaube est donc intéressant par les observations qu'il contient et par les conclusions qui le terminent ; il est honorable pour la jeune Faculté de médecine de Bordeaux. — L. D.

VARIÉTÉS

NOUVEL EXCITATEUR UTÉRIN DOUBLE DU Dr APOSTOLI.

Cet instrument a pour but de remplacer la faradisation unipolaire exclusivement employée jusqu'à ce jour, un pôle étant placé dans l'utérus et l'autre sur le ventre, par une faradisation double ou bipolaire, les deux pôles étant concentrés dans l'utérus.



Ce nouveau procedé, d'une pratique aussi simple que l'ancienne, est destiné à rendre l'opération :

1° *Plus facile*, en supp rimant le concours souvent obligatoire d'nne aide ;

2° *Moins douloureuse*, en évitant toute action sur la peau et par suite la douleur consécutive à l'application des tampons au-dessus du pubis ;

3° *Plus active*, en localisant l'action du courant dans l'utérus et en permettant ainsi d'élever facilement l'intensité électrique au maximum des appareils médicaux, ce qui n'était que très rarement possible auparavant ;

4° *Plus efficace*, en augmentant la contractilité utérine et par suite les effets thérapeutiques qui en sont la conséquence directe.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LA CHLORO-ANÉMIE AVEC AMÉNORRHÉE. — HUCHARD.

Tartrate ferrico-potassique.	5 grammes.
Extrait d'armoise, extrait d'absinthe, *ãã*.	2 —
Aloès succotrin pulv.	0 gr 50 à 1 gram.
Essence d'anis.	q. s. pour 50 pilules.

Deux à chaque repas, dans la chloro-anémie avec aménorrhée. — Exercice au grand air, nourriture fortifiante. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Le prix de thèses, pour l'année scolaire 1881-1883, a été décerné à M. Thiébaut. — Mentions très honorables à MM. Lemaire Ganzinotty et Lambling. — Mentions honorables à MM. Ricouy, Bernhardy et Macé.

CONCOURS. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 2 avril 1883, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, depuis le samedi 3 mars jusqu'au samedi 17 mars inclusivement, de onze à trois heures.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Germain SÉE.

DE L'ASTHME PERMANENT.

Leçon recueillie par les docteurs Ch. Talamon, chef de clinique de la Faculté, et Ch. Eloy, ancien interne des hôpitaux.

Sommaire. — Définition de l'asthme permanent. — Rapports avec l'emphysème chronique. — Traitement.

Messieurs, pour la plupart des médecins, l'asthme est une maladie intermittente, à accès paroxystiques se produisant surtout la nuit, et disparaissant au bout de quelques heures, sans laisser en général, à leur suite, d'autres troubles de la santé qu'un certain degré de fatigue et d'énervement général. L'intermittence est pour ces médecins le fait caractéristique, et cette idée domine à tel point les esprits, qu'on se refuse à accepter la notion d'un asthme à dyspnée continue. On admet bien que les accès d'asthme, en se répétant, finissent par déterminer une dyspnée habituelle qui persiste entre les attaques. C'est là ce que Van Helmont appelait l'*asthme mixte*. Mais pour peu que ces phénomènes d'oppression continuelle s'accentuent, vous voyez s'effacer l'idée d'asthme; le médecin, appelé à formuler un diagnostic, ne s'inquiète même plus de savoir si le malade a eu antérieurement des accès intermittents; il ne voit pas au delà de la lésion qu'il a sous les yeux, et il dit : emphysème pulmonaire avec bronchite chronique. A plus forte raison conclut-il encore ainsi, si, remontant dans les antécédents, il apprend que le malade n'a jamais eu d'accès nocturnes. Or, Messieurs, je veux établir aujourd'hui devant vous que non seulement l'asthme peut devenir continu après avoir été intermittent, mais qu'il peut d'emblée, et sans avoir passé par la phase d'accès à paroxysmes plus ou moins éloignés, constituer une maladie à dyspnée permanente et que l'asthmatique, si catarrheux et si emphysémateux qu'il soit, est toujours un asthmatique.

Il faut bien le dire, c'est Laënnec qui a détruit la notion de l'asthme au profit de l'emphysème. Avant lui, la maladie asthme était parfaitement établie et admise, non seulement au point de vue nosologique, mais dans la pratique, et cette tradition a persisté encore aujourd'hui parmi les gens du monde qui conçoivent l'asthme comme on le faisait avant Laënnec. Celui-ci démembra la maladie et en dispersa les éléments dans les catarrhes secs et pituiteux, l'emphysème pulmonaire, les névroses du poumon, et la place qu'il accorde à l'asthme est tellement restreinte, qu'il se demande si, en dehors du catarrhe sec et de l'emphysème, il existe véritablement une maladie nerveuse qui mérite ce nom.

A partir de Laënnec, on ne se préoccupe pour ainsi dire plus que de l'emphysème pulmonaire. Chomel, Louis, Grisolle, regardent l'asthme comme une rareté, et Louis fait de l'emphysème la cause même de l'asthme. Or, si grande qu'on veuille faire la part aux lésions anatomiques, il est impossible d'admettre de pareilles théories. Il est bien évident que l'emphysème du poumon peut se développer sous l'influence de causes très diverses et qu'il ne s'accompagne pas nécessairement des symptômes de l'asthme; il n'entre donc dans la constitution de l'asthme qu'au même titre que la dyspnée; il n'est qu'une lésion comme celle-ci

n'est qu'un symptôme, subordonnés l'un et l'autre à l'essence même de la maladie asthme.

Je ne veux pas refaire ici la pathogénie de l'asthme ; je vous renvoie sur ce point à un travail que j'ai publié, il y a une quinzaine d'années, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Je vous rappellerai seulement que pour moi trois éléments entrent dans la constitution de l'asthme : une dyspnée nerveuse spéciale, un exsudat bronchique et un état emphysémateux du poumon. Si court que soit un accès d'asthme, ces trois éléments s'y rencontrent toujours. La dyspnée asthmatique s'accompagne constamment d'un catarrhe transitoire et d'un emphysème passager. Ne voir dans l'asthme que l'élément nerveux, c'est négliger deux termes de la question sur trois, c'est se refuser à comprendre l'évolution ultérieure de la maladie et les divers aspects qu'elle peut revêtir. Que le catarrhe, en effet, s'exagère d'une manière inaccoutumée, et vous aurez une forme nouvelle de la maladie sous le nom d'asthme *catarrhal*, et dans certains cas, rares à la vérité, où le flux bronchique devient d'une abondance tout à fait extraordinaire, l'asthme *pituiteux*. Si, au contraire, l'emphysème transitoire s'accentue, se développe et s'établit d'une manière définitive, vous aurez l'asthme à prédominance *emphysémateuse* ; c'est cette forme surtout qui répond à ce que j'appelle l'asthme permanent.

La plupart des médecins, je vous l'ai dit, ne raisonnent pas ainsi et considèrent, dans ces cas, l'emphysème comme la cause première de tous les accidents. Un médecin anglais, Waters, auteur d'un travail remarquable sur l'emphysème pulmonaire, consacre cette manière de voir, erronée à mon avis, dans la division qu'il propose des variétés de l'emphysème du poumon. Pour lui, il existe deux grandes catégories d'emphysème :

1° Un emphysème secondaire, lobulaire, partiel, mécanique, qui apparaît dans le cours de toutes les maladies bronchiques, restant stationnaire et silencieux tant que l'évolution de ces maladies est elle-même arrêtée, grandissant au contraire et s'accentuant à chaque récidive de l'affection bronchique, récidive qu'il appelle en quelque sorte et dont il favorise le développement. Remarquez, messieurs, que je ne nie nullement l'existence de ces emphysèmes secondaires ; mais ils n'ont rien à voir avec l'asthme ;

2° En regard de cette première catégorie, Waters admet une autre variété d'emphysème, qu'il appelle emphysème primitif, protopathique, constitutionnel. Ici, l'oppression, l'haleine courte et les signes physiques de l'emphysème s'établissent et se développent en dehors de toute maladie; ce n'est que plus tard qu'apparaissent les bronchites. Le symptôme le plus frappant de la maladie est une *courte haleine permanente* qui s'exagère sous des influences diverses, temps humide, bronchites intercurrentes, mouvements, travail digestif pénible. Pour Waters, cet emphysème est une maladie spéciale, absolument distincte de l'emphysème secondaire aux affections broncho-pulmonaires. Et il en voit la preuve non seulement dans le développement spontané, mais encore dans l'hérédité de cette forme.

Messieurs, j'accepte sans hésiter la division de Waters; sa description est parfaitement exacte. Nous ne différons que sur un point; c'est que, pour moi, sa forme protopathique, constitutionnelle, n'est nullement primitive; c'est simplement un des éléments de la triade asthmatique méconnue, ou plutôt c'est l'asthme lui-même à prédominance emphysémateuse, l'asthme permanent.

Vous avez pu voir, dans nos salles, un jeune malade qui, pour Waters, représenterait à coup sûr le type de son emphysème constitutionnel, et que je vous donne comme l'exemple le plus net de l'asthme permanent.

OBS. I. — *Asthme permanent, datant de l'enfance, avec exacerbations ; emphysème pulmonaire généralisé.*

A..., âgé de 18 ans, entré le 21 mars, salle Saint-Christophe, n° 23, dans le service du professeur G. Sée. — Ce jeune garçon entre à l'hôpital en proie à une dyspnée intense; la figure est anxieuse, l'inspiration pénible, l'expiration bruyante; il reste assis dans le lit, appuyé sur ses mains, faisant effort de tous ses muscles thoraciques pour faire pénétrer l'air dans sa

poitrine. De temps à autre, toux quinteuse, pénible, suivie d'une expectoration muco-purulente peu abondante. La poitrine est bombée; voussure sous-claviculaire très marquée. Sonorité exagérée du thorax dans toute son étendue, en avant et en arrière. A l'auscultation, obscurité du murmure vésiculaire; expiration prolongée accompagnée de sifflements et de râles sibilants secs qui remplissent toute la poitrine. Le pouls et les battements du cœur sont réguliers; sous le sternum, on entend un souffle doux, systolique, très net, d'insuffisance tricuspide. Il n'y a pas d'œdème malléolaire. Les urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine.

Ce malade raconte qu'il est né de parents robustes qui vivent encore, et ne sont ni catarrheux, ni asthmatiques. Quant à lui, il ne se rappelle pas avoir jamais fait aucune maladie sérieuse, ni coqueluche, ni rougeole. Mais depuis son enfance, si haut que ses souvenirs remontent, il a toujours eu l'haleine courte, ne pouvant jouer et courir avec ses camarades sans être aussitôt essoufflé. Cette oppression continue s'exagérait par intervalles, surtout pendant l'hiver. Il y a deux ans, il dit avoir eu à diverses reprises des accès d'étouffement qui se produisaient la nuit et duraient plusieurs heures. Depuis le mois de décembre dernier, la dyspnée s'est aggravée, s'accompagnait de quintes de toux avec crachats muqueux, rares, et à plusieurs reprises d'épistaxis assez abondantes. — *Traitement* : 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

30 mars. La dyspnée est beaucoup moindre; le malade peut rester couché sur le dos. L'inspiration est plus facile; les sibilances moins nombreuses. Le souffle tricuspidien a disparu.

5 avril. Le malade respire plus facilement; l'expiration est toujours un peu sifflante; essoufflement à la moindre fatigue. La voussure thoracique exagérée, la sonorité anormale de la poitrine et l'obscurité du murmure vésiculaire persistent. Le malade sort sur sa demande.

En résumé, pour les médecins qui ne veulent voir que la lésion pulmonaire, ce jeune garçon est un emphysémateux, et pour Waters, il est atteint de la forme protopathique de l'emphysème, puisque cet emphysème ne paraît avoir été précédé ni de bronchite, ni d'aucune autre maladie capable d'en expliquer le développement. Pour moi, c'est un asthmatique. Il est un fait que j'ai, je crois, suffisamment établi dans un article du *Dictionnaire de médecine*, c'est que l'asthme est une maladie beaucoup plus fréquente dans l'enfance qu'on ne le pense généralement. Les accès d'asthme peuvent se produire dès l'âge de 18 mois, un an, prenant une intensité formidable et un aspect tout particulier en raison même de l'étroitesse des canaux bronchiques à cet âge. Je ne doute pas que notre malade n'ait eu des accès de ce genre dans la première enfance, et l'emphysème qu'il présente actuellement n'est que la conséquence de ces accès répétés. La preuve que ce n'est là qu'un des éléments de la triade pathogénique de l'asthme, c'est que les deux autres éléments, nerveux et catarrhal, reparaissent de temps à autre chez ce malade pour constituer une de ces exacerbations dyspnéiques qui ne sont autre chose qu'un accès asthmatique prolongé. Vous avez assisté à une de ces exacerbations; si elle a duré trois semaines et plus, au lieu de s'effacer en quelques heures comme l'accès d'asthme classique, c'est sans doute à la prédominance prise par l'élément enphysémateux qu'il faut attribuer en grande partie cette persistance; mais vous avez vu que les effets de l'iodure de potassium n'en ont pas été moins heureux sur la marche de la maladie.

L'asthme permanent peut donc apparaître dès l'enfance; mais il n'en est pas toujours ainsi. Vous le verrez aussi débuter dans l'âge adulte. Les deux observations suivantes en sont la preuve :

Obs. II. — *Asthme permanent. — Emphysème e catarrhe bronchique.*

G... (Eugène), 37 ans, doreur, entré le 21 mars, salle Saint-Joseph, n° 7. — Santé habituellement bonne jusqu'en 1867. A cette époque, étant à Terre-Neuve en qualité de marin, a eu une bronchite grave qui l'a tenu six semaines à l'hôpital. Depuis lors, il a toujours eu l'haleine courte et la respiration gênée sans accès d'étouffement proprement dits. Il toussait facilement et avait de la bronchite chaque hiver. Jamais il n'a craché de sang. Depuis quelques années, l'oppression est devenue plus marquée. Depuis deux ans, il est entré deux fois à la Charité pour bronchite avec accès de suffocation.

Il y a deux mois, la toux est devenue quinteuse et pénible, suivie de l'expectoration de cra-

chats muqueux et visqueux. Quintes fréquentes. Il ne peut monter les escaliers sans être pris d'étouffements. La nuit, il a souvent des accès de suffocation avec sueurs nocturnes. Pas d'œdème des jambes. L'appétit est conservé et la santé générale bonne.

Etat actuel. — Homme d'apparence assez vigoureuse. Respiration gênée et bruyante, s'entendant à distance. Toux quinteuse et fréquente. Crachats muco-salivaires dans le crachoir. Thorax dilaté. Sonorité exagérée sous les clavicules, dans l'aisselle et dans les parties moyennes des deux poumons en arrière, s'affaiblissant un peu dans les bases. Râles ronflants et sonores, remplissant la poitrine en avant et en arrière, accompagnés de sibilances bruyantes et d'une expiration prolongée et sifflante. Dans les deux bases, râles sous-crépitants abondants. Les bruits du cœur sont sourds. Pas de souffle. Urines claires; pas d'albumine. Pas d'œdème des membres inférieurs. Appétit conservé. Pas de fièvre. Iodure de potassium, 2 gr.

Le malade sort au bout de trois semaines. Les accès d'étouffement n'existent plus. Le malade peut monter les escaliers sans peine. Mais il a toujours l'haleine courte. Les râles ronflants et sous-crépitants ont disparu. Il reste seulement l'expiration prolongée et sifflante et quelques râles sibilants disséminés. La percussion donne toujours la même sonorité exagérée.

OBS. III. — *Asthme permanent.* — *Bronchites répétées; emphysème pulmonaire.*

M..., 37 ans, lingère, entrée le 16 mai, salle Sainte-Jeanne, n° 5. — Bien réglée et bien portante habituellement. Cinq enfants. Enceinte de 8 mois. Depuis cinq ans, sans cause connue, elle a l'haleine courte, elle s'essouffle dès qu'elle marche un peu vite, ne peut monter les escaliers sans s'arrêter à chaque étage. Bronchites fréquentes. Jamais elle n'a eu d'accès d'étouffement la nuit. Elle s'est enrhumée il y a six jours, enrouement, toux pénible, sans crachats. La respiration est devenue très gênée et sifflante.

Etat actuel. — Femme vigoureuse. Facies coloré et dyspnéique. Voix enrouée, presque éteinte. Respiration haletante avec sifflement expiratoire. Toux quinteuse, sans expectoration. La percussion donne, en arrière comme en avant, un son plein, éclatant, sonore. Râles ronflants et sibilants généralisés, mélangés de râles muqueux dans la base droite. Les bruits du cœur sont affaiblis, pas de bruit de souffle. Les urines sont chargées; pas d'albumine. La langue est sale, inappétence. Eau de Sedlitz. 2 grammes d'iodure de potassium.

Le 21, la malade demande à sortir. Elle respire beaucoup plus facilement. L'enrouement a disparu. Le murmure respiratoire est très faible partout et couvert par places de quelques sibilances; mais les nombreux râles sonores qui remplissaient la poitrine ne s'entendaient plus à l'auscultation.

Je pourrais vous citer bien d'autres observations analogues, car les malades de ce genre sont nombreux; mais l'évolution aussi bien que l'aspect de la maladie est toujours la même. Ces malades sont des asthmatiques chez lesquels, dès les premiers accès d'asthme, l'élément catarrhal et l'élément emphysémateux prennent une importance anormale. Dès lors, chaque accès nouveau tend à se reproduire avec les caractères de la première crise, c'est-à-dire sous la forme d'une bronchite sibilante plus ou moins prolongée. Les malades se trouvent peu à peu amenés, pour ainsi dire, à un état d'asthme permanent aggravé par des exacerbations plus ou moins intenses, la dyspnée propre de l'asthme venant en quelque sorte s'enter sur la dyspnée continue de l'emphysème.

Traitement. — La distinction que je cherche à établir entre l'emphysème simple et l'asthme à forme emphysémateuse, est plus importante que vous ne pourriez le croire de prime abord. Il ne s'agit pas seulement d'une simple satisfaction de diagnostic pathogénique; il y a encore là une question de traitement qui a bien sa valeur. On envoie indistinctement aux eaux tous les catarrheux et tous les emphysémateux. Combien n'en retirent aucun profit! C'est que, sauf peut-être le Mont-Dore et la Bourboule, les eaux ne valent rien aux asthmatiques; jamais, en pareil cas, nous n'obtiendrez rien des eaux sulfureuses.

Mais le vrai traitement de cet asthme permanent aussi bien que de l'asthme classique, intermittent, est l'iodure de potassium; et non pas, comme je ne cesse de le répéter l'iodure de potassium à la dose de 25 à 50 centigrammes, préconisé, puis abandonné par Trousseau, mais à la dose de 2 à 3 grammes par jour. A cette dose prolongée pendant un certain temps, les exacerbations disparaissent, la dyspnée continue se modère et s'efface, la toux et le catarrhe s'atténuent. Combien verrez-

vous ainsi améliorés en quelques jours, par l'emploi de l'iodure de potassium, de prétendus catarrhes avec emphysème qui résistaient depuis des mois au traitement classique du catarrhe bronchique, par les sulfureux, balsamiques, opiacés. C'est que sous l'élément catarrhal et emphysémateux, le médecin n'avait pas su reconnaître la maladie véritable, l'asthme permanent. J'ajoute que les mélanges informes, connus sous les noms d'élixir de Green, simple ou perfectionné, n'agissent qu'en raison de l'iodure, et que l'addition des narcotiques et de la lobélie est absolument inutile. C'est tout au plus si pendant les premiers jours il est nécessaire, pour empêcher l'iodisme, d'ajouter 5 ou 10 centigrammes d'opium par jour.

OBSTÉTRIQUE

CONSIDÉRATIONS SUR LE FORCEPS.

Dans une communication, faite par le docteur Smith (de Philadelphie) à la Gynecological Society, reproduite in *Transactions of the american gynecological Society* et traduite dans les *Annales de Gynécologie*, nous avons lu, entre autres choses surprenantes, que « l'application du forceps devait être enseignée aux étudiants comme une opération aussi facile à pratiquer qu'une opération de petite chirurgie. On ne doit pas la leur présenter comme une grande opération qui ne peut être accomplie que par ceux qui ont l'habitude des manœuvres obstétricales. »

L'auteur, il est vrai, ajoute que cette opération doit être enseignée « avec le plus grand soin ». Le docteur Smith a-t-il voulu dire que l'opération ne devenait facile qu'après de nombreuses expériences sur le mannequin ? Cela prouverait qu'elle est très difficile. A-t-il réellement pensé que les applications du forceps étaient à la portée du premier praticien venu? Nous ne le savons; mais peu importe. C'est une opinion communément accréditée, en France, que l'opération courante de l'obstétrique, c'est-à-dire la plus fréquente, qui consiste dans l'application des fers, pour me servir du langage consacré, peut être tentée par tout médecin, quelles que soient son instruction et son adresse.

Cette opinion pouvait s'expliquer, il y a quelques années, par l'ignorance où vivaient les étudiants. Mais aujourd'hui, grâce aux réformes apportées dans notre enseignement obstétrical, lorsqu'un étudiant soutient sa thèse, il ne tient qu'à lui d'avoir expérimenté sur le mannequin cette opération considérée comme l'enfance de l'art. En cinq ou six leçons, d'un quart d'heure environ chacune, pour chaque élève, on apprend beaucoup, bien que cela soit encore tout à fait insuffisant. On constate :

1° Que cette opération facile se fait sans voir. Il faut que l'opérateur ait ses yeux au bout de ses doigts;

2° Que cette opération facile ne peut être correctement faite sans un diagnostic, souvent très difficile, même sur le mannequin, où toutes les difficultés de la nature ne sont cependant pas reproduites;

3° Que cette opération facile se compose de trois temps, dont chacun présente des difficultés spéciales et exige une connaissance approfondie du mécanisme de l'accouchement;

4° Que le chirurgien en chef de la Maternité, après plusieurs mois de travail et plusieurs années d'expériences, a perfectionné l'ancien forceps et a construit un instrument qui, tout en ressemblant à celui de Levret, en diffère cependant d'une manière capitale, ce qui prouve que l'opération ne lui paraissait ni toujours facile, ni toujours inoffensive;

5° Que faute de connaître le manuel de cette opération facile et de posséder l'instruction sans laquelle on ne peut en conscience se charger d'un accouchement, on expose les jours d'une femme et ceux de son enfant;

6° Que, malgré l'habileté de l'opérateur, malgré le perfectionnement des instruments, l'opération, dans certains cas, est irrégulièrement faite et peut rencontrer des obstacles contre lesquels prévalent maintes fois la prudence, le sang-froid, le savoir du praticien.

On dira que nous exagérons; que, depuis plus de cent ans, on introduit le forceps et qu'on tire et qu'on a sauvé bien des femmes et des enfants. Cela est vrai; mais combien en a-t-on tué, des unes et des autres, sans que l'on ait rencontré ces obstacles devant lesquels toute habileté échoue, simplement parce qu'on ne savait pas s'y prendre.

L'application du forceps est une opération assez souvent facile, même entre les mains des ignorants, heureusement; quelquefois impossible, parce qu'on n'a pas la science nécessaire; exceptionnellement, d'une difficulté à dérouter les plus capables.

Notre intention, dans ce travail, est de rappeler à nos lecteurs quelques-unes des règles

de l'application du forceps, et d'insister sur les avantages que présente l'instrument de M. Tarnier. Nous nous inspirerons de la *communication faite au Congrès médical de Londres et suivie de quelques notes complémentaires* (1), par le chirurgien en chef de la Maternité, et des observations que nous avons pu faire, d'une part en faisant répéter aux élèves les manœuvres obstétricales, à l'Ecole pratique, d'autre part en exerçant notre art.

Laissant de côté les modifications qui n'ont pas d'importance capitale, nous dirons qu'il existe deux forceps : l'un est de Levret, l'autre est de M. Tarnier, bien que l'idée première de son instrument se retrouve en germe dans divers mémoires et dans le principe de construction de certains forceps antérieurs au sien. Hermann (de Berne), Hubert (de Louvain), Chassagny (de Lyon), s'étaient aperçus que l'instrument de Levret n'est pas irréprochable.

Le spirituel défenseur du vieux Levret, le professeur Pajot (rien n'est beau que *le vrai, le vrai* seul est aimable), a bien prouvé que le forceps du siècle passé, entre des mains habiles et savantes comme les siennes, n'est pas dangereux et rend d'éminents services, mais nous pensons par expérience, *de visu et de manu*, que l'instrument de M. Tarnier est très supérieur, car en se servant du forceps ancien, le plus instruit, le plus adroit tâtonne encore.

Les auteurs classiques enseignent que, le forceps étant appliqué, le médecin doit diriger les tractions tout à fait en arrière en abaissant les manches du forceps le plus possible, de manière à conduire la tête sur cette sangle élastique qu'on nomme périnée.

En agissant ainsi, une partie des forces employées est perdue et on risque de léser les parties molles maternelles. En effet, la force se décompose en deux forces : l'une utile, l'autre nuisible. Celle-ci applique fortement la tête contre la symphyse pubienne, et provient de ce qu'on ne tire pas exactement dans l'axe du canal pelvien. De plus, si l'on porte les manches trop en arrière, l'extrémité antérieure, le bec des cuillers, déborde à droite et à gauche la sphère céphalique, et peut couper les parties molles derrière la symphyse pubienne. Simultanément le bord postérieur, la convexité des cuillers, peut dilacérer la commissure de la vulve et le périnée.

Le professeur Pajot s'est élevé avec force contre cette manière de voir. Tous ces inconvénients, a-t-dit dit, viennent de ce que vous tirez mal. On ne doit pas tirer en bas. On doit se servir du forceps comme d'un levier inter-puissant. Une main est appuyée sur l'articulation, de haut en bas, l'autre sur le crochet, de bas en haut, et, celle-ci levant, celle-là pesant, vous faites l'extraction de telle façon que l'instrument décrit à mesure qu'il se dégage un quart de cercle qui est le prolongement de l'axe naturel du pelvis.

Cela est vrai et l'instrument de M. Tarnier est venu donner la démonstration mathématique de l'excellence de ce manuel opératoire ; mais les conditions dans lesquelles on intervient ne sont pas toujours les mêmes, les bassins diffèrent, la tête est plus ou moins élevée, et à chaque hauteur du canal qu'elle parcourt correspond une direction particulière du manche de l'instrument ; la tête est-elle tout à fait à la vulve, les manches sont dirigés en haut ; au contraire, ils se tiennent d'autant plus bas que la sphère céphalique est plus élevée. Il y a là des nuances que la main la plus exercée ne peut apprécier exactement. Voilà pourquoi nous disions qu'on tâtonne. Or, s'il y a moyen, il vaut mieux ne pas tâtonner. La supériorité du forceps de M. Tarnier vient de son aiguille indicatrice, constituée par les branches de préhension. Les cuillers appliquées et articulées, on les laisse libres ; elles représentent ce prolongement de l'axe pelvien dont parlait le professeur Pajot ; la tête saisie entre elles les meut à mesure qu'elle se meut elle-même, et l'accoucheur n'a qu'à suivre ce mouvement avec les branches de traction pour être certain de tirer non pas dans l'axe approximatif, mais dans l'axe vrai. Il suffit d'avoir appliqué l'ancien et le nouveau forceps pour être convaincu de la supériorité de ce dernier ; et les médecins qui voient opérer avec le nouveau, alors qu'ils se sont épuisés inutilement avec l'ancien, sont toujours surpris de la facilité relative avec laquelle l'accoucheur appelé termine l'extraction. Eux étaient debout et se consumaient en efforts vains et dangereux ; lui, souvent, peut agir assis et la force qu'il déploie est moindre de moitié. C'est parce que l'instrument tire dans l'axe.

Jusqu'à présent, il y a deux modèles du forceps de M. Tarnier. L'un présente la courbure périnéale à la fois sur les branches de préhension et sur celles de traction. Il est plus petit et a des cuillers beaucoup plus courtes que le second modèle, qui représente un instrument de Levret un peu élargi, muni de branches de traction dont l'extrémité est fortement recourbée pour qu'on puisse agir suivant l'axe pelvien. Nous reviendrons sur les mérites respectifs de ces deux modèles, utiles l'un et l'autre, mais rendant chacun des services spéciaux suivant le genre d'opération.

En effet le forceps, comme on sait, peut être appliqué soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation, soit au détroit inférieur. Commençons par ce dernier.

(1) *Annales de gynécologie*, juin 1882.

Le forceps a été construit pour être appliqué sur les côtés de la tête. Dans toute application régulière, la tête sera donc saisie latéralement. La branche gauche, tenue de la main gauche, doit toujours être introduite à gauche; la branche droite, à droite de la femme. Nous disons introduites, parce qu'elles ne restent pas nécessairement du côté gauche et du côté droit du bassin. Elles se trouvent, pour les opérations faites dans l'excavation, inversement placées au moment de l'extraction, quoiqu'elles aient été *introduites*, la gauche à gauche, la droite à droite. Au détroit inférieur, la position de la tête étant directe, l'application est directe, c'est-à-dire que les bosses pariétales qui doivent se trouver dans le vide des cuillers étant chacune à une extrémité du diamètre transverse, on applique chaque cuiller aux extrémités de ce diamètre, l'une directement à gauche, l'autre directement à droite. Rappelons, que chaque cuiller doit être introduite en arrière, en rasant de son bec la paume de la main dont la face palmaire regarde droit en haut et dont le dos déprime la commissure postérieure, les quatre doigts étant introduits profondément jusqu'à ce que le pouce rencontre extérieurement les parties molles, et ayant dépassé les bords de l'orifice. Cela fait, par un léger mouvement de rotation on ramène la cuiller à sa place définitive, soit à gauche, soit à droite. Mais nous ne voulons pas faire ici un cours d'opération; nos lecteurs savent quelles sont les indications et conditions nécessaires à l'application du forceps et quel est le manuel opératoire des trois temps.

Le forceps de M. Tarnier est introduit et articulé aussi facilement que celui de Levret. Cela fait, pour le troisième temps on peut en maintes circonstances opérer assis, et tirant avec lenteur, sauf contre-indication, suivant de l'œil et de la main le mouvement des branches de préhension (aiguille indicatrice), l'accoucheur voit celle-ci décrire un quart de cercle, prolongement de l'axe pelvien, si l'on admet la réalité de la courbe de Carus, ou conséquence du mouvement d'extension commencé par la tête que la sangle du périnée repousse, si l'on admet les théories de Fabbri. Cela est admirable, et nous disons sans hésitation que s'il est un instrument parfait en obstétrique, c'est le forceps de M. Tarnier appliqué au détroit inférieur directement. Nous préférons, pour ce genre d'opération, le petit modèle au grand, à cause de la brièveté des cuillers.

Il n'en est pas de même dans l'excavation. Là nous préférons le grand modèle, mais, avant de dire pourquoi, récapitulons brièvement les règles de l'opération faite dans l'excavation, d'autant plus qu'à notre avis la pratique diffère légèrement de la théorie et que nous avons quelques réflexions à soumettre au lecteur à ce sujet.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Mercredi dernier, 28 février, il n'y a pas eu de séance à la Société de chirurgie. Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, M. le président Guéniot se lève et dit qu'il a le regret d'annoncer à la Société de chirurgie la nouvelle de la mort de M. le baron Jules Cloquet, le doyen des chirurgiens français, qui appartenait à la Société de chirurgie comme membre honoraire.

La Société de chirurgie était représentée aux obsèques, qui ont eu lieu aujourd'hui, par son bureau tout entier et par un assez grand nombre de ses membres. M. Félix Guyon a été le digne interprête des regrets de la Compagnie en prononçant sur la tombe de M. Cloquet, une allocution qui sera reproduite dans les *Bulletins*.

La carrière de M. Cloquet, ajoute M. Guéniot, peut se résumer ainsi : Vie de travail et de bienfaisance, récompensée par une veillesse honorée et heureuse en somme.

Bien que M. Jules Cloquet n'ait pas été président de la Société de chirurgie, cependant, en raison de sa grande personnalité, le bureau a été d'avis qu'il y avait lieu de lui rendre exceptionnellement les honneurs que la Société accorde seulement à ses anciens présidents. C'est pourquoi M. le Président lève la séance en signe de deuil. — A. T.

JOURNAL DES JOURNAUX

De la périostite dans la fièvre typhoïde, par le docteur Siredey. — Cette complication se manifeste du cinquième au septième septénaire et débute par une douleur sourde dans la jambe, s'exaspérant par les mouvements et la pression; la suppuration se montre quelquefois, mais on observe aussi souvent la terminaison par résolution. Ces périostites ont pour siège habi-

tuel les membres inférieurs, et, par ordre de fréquence, le tibia, puis l'extrémité inférieure du fémur.

M. Siredey a observé un cas de périostite du radius (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, p. 344, août 1882).

Observation de paralysie pseudo-hypertrophique, par M. le docteur CHAVANIS. — Le malade, jeune enfant de 9 ans, ne peut plus marcher depuis cinq mois, époque à laquelle on a commencé à observer l'hypertrophie des membres inférieurs. Le début de la maladie date de trois ans. Actuellement, on constate la parésie des membres inférieurs avec l'augmentation du volume des masses musculaires; l'impossibilité de la flexion et l'extension des jambes; une forte ensellure de la région lombo-sucrée, de l'équinisme des deux pieds. Enfin, les accidents commencent à envahir les membres supérieurs.

L'hypertrophie siège surtout sur les gastrocnémiens, tandis que les muscles des membres supérieurs sont amaigris à l'exception des deux sous-épineux. La sensibilité, la contractilité électrique sont intactes. (*La Loire médicale*, 15 août 1882, p. 65.)

Observation d'ataxie locomotrice; élongation du nerf sciatique droit; diminution des douleurs fulgurantes, par le docteur STEWART. — Dans cette communication à la Société médicale de l'Ontario, le docteur Stewart fait remarquer que le malade, âgé de 43 ans, éprouvait des douleurs fulgurantes très violentes dans les extrémités inférieures depuis plusieurs années; il présentait de l'atrophie musculaire des membres inférieurs, de l'atrophie papillaire des deux yeux; de l'anesthésie cutanée du pouce, de l'index et du médius de la main gauche; de la rétention d'urine et une constipation opiniâtre. Les réflexes tendineux faisaient défaut, et la démarche était celle d'un ataxique.

Le 14 octobre 1881, on pratiqua l'élongation du nerf sciatique droit. Les résultats de cette opération ont été les suivants : 1° la cessation graduelle des douleurs; 2° les réflexes tendineux qui primitivement étaient nuls, se montraient, tardivement il est vrai, après un intervalle de deux secondes; 3° la sensibilité cutanée et le sens musculaire reparaissent après l'opération, mais les phénomènes ataxiques persistent.

Six jours après l'élongation, on observe une hémorrhagie par la plaie et sous la peau. Elle était probablement due à l'irritation des nerfs vaso-dilatateurs. (*The Canadian Journal of méd. science*, août 1882, p. 251).

De l'épilepsie sensorielle, par le docteur HAMILTON. — Les attaques épileptiques caractérisées par la prédominance des troubles sensoriels ont été désignés sous le nom de *thalamic epilepsy* par Hammond, qui en localise le siège dans les couches optiques, et sous le nom d'épilepsie sensorielle par Hamilton, pour lequel elles siègent dans l'écorce cérébrale.

Le malade conserve la mémoire des phénomènes du début de l'accès. Ce dernier est tantôt une simple hallucination sensorielle (odeur, coloration d'un objet), tantôt il est complexe. Les troubles sensitifs sont plus graves, mais sans phénomènes convulsifs.

Les deux cas suivants sont rapportés par le docteur Hamilton. Le premier est celui d'une femme qui s'arrête au milieu d'une phrase, puis, après une pause, la continue. Elle éprouve des hallucinations visuelles, tombe sans connaissance, et, à son réveil, fait le récit de ces troubles sensoriels.

Le second est celui d'un jeune homme qui s'interrompt subitement et perd connaissance. Il ne présente pas de phénomènes convulsifs, mais éprouve des hallucinations de l'ouïe. Quel est le rôle des lésions des centres sensitifs dans l'évolution de ces troubles? Sommer les attribue à des lésions de la corne d'Ammon; Putnam rejette cette opinion. Hamilton ne les localise pas dans la couche optique; Kolbaum y voit une irritation primitive des centres percepteurs; pour Wundt, l'irritation psychique précèderait l'irritation physiologique. Cette dernière opinion est conforme à celle qui admet une irritation centrifuge primitive venant des centres d'idéation et excitant les centres percepteurs. L'inverse peut se produire, l'irritation être centripète et alors l'épilepsie sensorielle se produire.

Kaudiusky considère ces phénomènes comme des faits d'inhibition par arrêt de fonctionnement des couches corticales (*New-York med. Journ.* et *Lyon médical*, p. 47, 16 sept. 1882) —

Un cas de paraplégie hystérique chez une petite fille de 12 ans, par M. le docteur MOIZARD. — Les accidents hystériques de cette malade sont d'autant plus intéressants que, suivant la remarque de M. Huchard les troubles moteurs de l'hystérie infantile sont des contractures plutôt que des paralysies.

L'enfant, âgée de 12 ans, possède les attributs du caractère hystérique. En janvier 1882, elle est brusquement atteinte d'une paralysie hystérique qui dura deux mois. Une deuxième attaque survint quinze jours plus tard et dura deux septénaires seulement. Enfin, en juillet 1882, les mêmes phénomènes se reproduisirent. Les deux jambes étaient incomplètement paralysées,

les muscles des cuisses conservaient leur contractilité, et il n'existait aucun trouble de la sensibilité. On observait de l'ovaralgie et des palpitations cardiaques. Quinze jours plus tard, pendant un traitement par l'électrisation faradique et les bains sulfureux, la motilité reparut subitement. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, septembre 1882, p. 407.).

De l'influence des maladies aiguës sur l'évolution de la syphilis, par le docteur PETROWSKY. — L'auteur signale trois observations dans lesquelles les fièvres ont modifié l'évolution syphilitique. Dans le premier cas, une adénite sous-maxillaire a disparu dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Les deux autres cas sont ceux d'une guérison d'accidents syphilitiques anciens par une éruption variolique et un érysipèle facial. (*Wratsch*, n° 22 et *the London med. Record*, 15 août 1882.)

Du vertige, par M. le docteur LASÈGUE. — Dans cette leçon, l'éminent médecin de la Pitié fait remarquer que trois éléments existent dans le vertige type : le côté visuel, le côté physique et le côté mental. Dans le vertige rotatoire, le malade est immobile et tourne sans tourner. Il éprouve de la pesanteur de tête, des troubles gastriques, des vomissements, de la syncope et même tombe à terre. Du côté mental, la peur du vertige peut en devenir la cause. Tel est le vertige des altitudes. L'habitude suffit souvent pour corriger ce vertige.

Le vertige auriculaire non traumatique, dans lequel le malade se plaint de bourdonnements d'oreille, de malaise, donne lieu à l'hésitation dans le diagnostic, car il est souvent le signe d'affections cérébrales. D'autres vertiges sont de cause toxique (tabac, alcool, belladone, etc., etc.), ou bien de cause stomacale (travail de la digestion, excès d'abstinence ou d'intempérance), de cause diathésique (goutte, rhumatisme). Quant au vertige épileptique, on ne doit pas le considérer comme un véritable vertige.

Pour M. le docteur Lasègue, le vertige type ne reconnait pas pour cause exclusive des troubles circulatoires cérébraux. Ce phénomène a son origine dans les yeux, et la sensation se communique au cerveau sans qu'il y ait lésion. (*Le Praticien*, p. 437, 11 septembre 1882.)

Ch. E.

CHRONIQUE

Le concours d'agrégation en chirurgie. — La composition écrite a eu lieu vendredi 2 mars. Pour les candidats aux places de chirurgie, la question a été : « Système veineux; anatomie et physiologie. » — Pour les candidats aux places d'accouchements, la question était : « L'utérus à l'état de vacuité; anatomie et physiologie. »

Une nouvelle maladie des bestiaux. — M. Fleming, inspecteur vétérinaire de l'armée anglaise, a fait part dernièrement de la découverte d'une nouvelle maladie qui se manifeste chez les bestiaux par une tuméfaction avec sclérose et ulcérations de la langue; elle attaquerait aussi les os de la face en forme de tumeurs presque toujours mortelles, spécialement chez les jeunes animaux. Cette maladie serait due, d'après M. Fleming, à un champignon microscopique qui pénétrerait dans les tissus par les follicules muqueux; on pourrait l'inoculer par transplantation d'un animal malade à un animal sain. Ce champignon serait celui de l'actinomycose, qui a déjà été observé chez l'homme en Allemagne et en Italie.

Les vivisections aux États-Unis. — Pour la troisième fois, la commission de médecine expérimentale, par l'organe de son rapporteur, le docteur John G. Curtis, s'est prononcée en faveur des vivisections, que M. Henry Bergh s'efforce de faire prohiber par une loi présentée aux Chambres de Washington. Ce rapport, envoyé à la Société médicale de l'Etat de New-York, conclut que la commission renouvelle, devant l'assemblée annuelle de cette Société, sa conviction souvent exprimée que les recherches scientifiques sur les animaux vivants ont une extrême importance pour l'art médical. (*Medical News*, 10 février.)

Les réquisitions de médecin. — La question de jurisprudence médicale que soulève la réquisition des médecins par l'autorité administrative ou judiciaire, vient d'être une fois de plus tranchée par la Cour d'Epinal dans un sens conforme au texte comme à l'esprit de la loi, et déjà consacré par des arrêts de la Cour de cassation. Un individu est blessé dans une rixe. M. le docteur Lardier (de Rambervillers), appelé à la hâte, lui donne ses soins. Trois jours après, la gendarmerie lui demande une constatation de l'état du malade, il s'y refuse; le docteur Pernet d'abord, le docteur Fournier ensuite, requis à leur tour, agissent de même. Tous trois ayant été condamnés par le juge de paix pour refus de mandat, les deux premiers en ont appelé devant la Cour d'Epinal, qui a cassé le jugement en la forme et au fond. En

effet, la condition essentielle qui, dans l'article 475, paragraphe 12 du Code pénal, détermine l'obligation légale d'obéir, à savoir celle de flagrant délit, est tellement étroite qu'un médecin requis, le lendemain de l'autopsie d'un nouveau-né, de visiter la mère présumée de cet enfant, et qui s'y est refusé, a été acquitté par la Cour de cassation (*Gazette hebdomadaire*).

Cette affaire a eu un épilogue invraisemblable, que nous trouvons dans le *Progrès de l'Est* du 19 janvier 1883, et que l'UNION MÉDICALE a reproduit dans son numéro du 4 février 1883.

Certificats médicaux scolaires. — Avant de quitter les affaires, M. Duvaux a pris une mesure qui intéresse le Corps médical. Interrogé pour savoir si le certificat délivré par le médecin à un enfant malade, pour le dispenser momentanément de l'assistance à la classe, était sujet au timbre, l'ancien ministre de l'instruction publique a répondu : « Mon collègue des finances, dont j'ai tenu à prendre l'avis avant de vous répondre, me fait savoir que les certificats de ce genre, et autres pièces à produire pour l'exécution de la loi du 28 mars, qui touche à un intérêt public de premier ordre, lui paraissent entrer dans la catégorie des actes exemptés du timbre par l'article 16 de la loi du 13 brumaire an VII. »

Notes médicales sur le Japon. — M. le docteur Ch. Rémy a envoyé de Tokio à la *Revue scientifique* une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« Il existe à Tokio une école de médecine dirigée par des Allemands, et où l'allemand est la langue d'enseignement. Grâce à l'obligeance des professeurs, j'ai pu récolter un certain nombre de connaissances nouvelles. J'ai vu que les maladies communes aux Japonais et aux Européens prenaient des caractères particuliers. Ainsi, il n'y a pas de stupeur dans la fièvre typhoïde, pas d'eschare; la phthisie débute presque aussi souvent par des péritonites exsudatives, qui guérissent pour un temps, que chez nous par des pleurésies.

« Il existe fréquemment des douves du foie et des poumons. A ma connaissance, une douzaine au moins d'étudiants en médecine crachent des œufs de distomes pulmonaires tous les jours. La filaire se rencontre ici quelquefois; chez les chiens, on la trouve fréquemment dans le cœur, et aussi dans les parois de l'aorte, où elle détermine des anévrysmes.

« Une autre observation d'une importance capitale est relative à la manière dont sont élevés les enfants. Ils sont tous nourris au sein jusqu'à 4, 5 et 6 ans; les femmes japonaises, bien que petites, ont une puissance galactogène étonnante. Or il n'existe pas un rachitique au Japon. (Cette assertion contredit la théorie du rachitisme soutenue par M. le professeur Parrot, car la syphilis, et par suite la syphilis héréditaire, est très commune dans ce pays.)

« Je me suis fait acupuncturer. Les médecins japonais qui pratiquent encore cette méthode (il en reste à présent fort peu) sont d'une telle habileté qu'on ne sent aucune douleur; ils vous enfoncent en quelque point du corps que ce soit, membres, cavités viscérales, de longues aiguilles, et on ne sent rien du tout. La première fois, j'ai été acupuncturé à travers mon habit, et j'ai si peu senti que j'ai été obligé de retirer ma veste pour voir le trou de la piqûre. Une autre fois, je me suis fait acupuncturer à nu et j'ai observé le progrès de la pénétration de l'aiguille sans percevoir la douleur.

« L'épidémie de choléra qui avait sévi fortement cet été sur les Japonais était apaisée quand je suis arrivé; du reste, le choléra n'atteint preque exclusivement que les Japonais. Il n'est mort cette année que deux Européens par le choléra, tandis qu'il a succombé près de 400 personnes par jour à Tokio, seulement pendant une semaine. »

Le budget de l'assistance publique à Berlin. — Ce budget s'est élevé, pour l'année 1881, à la somme totale de 6,061,746 marcs, sur lesquels les ressources propres de l'assistance publique n'entrent en compte que pour 992,909 marcs, ce qui impose à la ville une contribution annuelle de 5,868,830 marcs. Le service des secours à domicile figure à ce budget pour une somme totale de 3,931,422 marcs, dont une faible partie seulement, soit 380,020, est couverte par les ressources propres de l'assistance, affectées à ce genre de secours; 184 commissions de bienfaisance, composées d'environ 1,427 membres, sont chargées de distribuer, chacune dans leur district, les secours publics. Le nombre des individus qui ont reçu des secours à raison de leur grand âge (65 ans), de leurs maladies ou de leurs infirmités (estropiés, aveugles, invalides) s'est élevé à 14,079; le nombre des mères qui ont été secourues à raison de leurs enfants (femmes en couches, etc.) s'est élevé à 4,219; soit au total, 18,298.

Comme la ville de Berlin renfermait, en 1881, 1,127,895 habitants, la proportion des assistés était de 1 sur 62 habitants. On a remarqué que depuis 1872 cette proportion s'est sensiblement accrue. A cette époque, la population de la ville était de 825,421 habitants et le nombre des assistés de 11,434, soit seulement 1 assisté sur 72 habitants. La somme totale des secours distribués par les commissions de bienfaisance s'est élevée, en 1881, à 2,513,751

marcs, soit 2 marcs 18 par tête d'habitant. En 1872, cette somme n'avait atteint que 1,374,860 marcs, soit 1 marc 66 par tête d'habitant. Il faut ajouter aux dépenses du service de secours à domicile le traitement des médecins des pauvres (51 médecins et chirurgiens payés par la ville ont reçu la somme totale de 164,393 marcs) et les frais de médicaments, etc., qui se sont élevés à 183,274 marcs. (*Revue générale d'administration*).

BIBLIOTHÈQUE

Société des Sciences médicales de Gannat. — Compte rendu des travaux de l'année 1881-1882, par M. le docteur Trapenard. — Paris, Delahaye, 1882.

La Société des sciences médicales de Gannat a conquis, depuis longtemps déjà, ses titres de noblesse parmi les Sociétés médicales des départements. Le compte rendu de l'année 1881-1882 témoigne de l'activité scientifique de ses membres et, parmi les travaux de ses membres, nous devons signaler à nos lecteurs les communications suivantes : *Des complications salutaires*, par M. Mignot ; *Herpès noir des lèvres*, par M. Lagout ; *De l'occlusion intestinale*, par M. J. Trapenard ; *Pleurésie purulente et fistules pleurales*, par M. Cornillon ; *Sur l'érythénie polymorphe exsudatif*, par M. Fabre, etc., etc. Ce sont là assurément des travaux sérieux, qui montrent bien les résultats heureux et l'émulation inséparables des associations médicales, même en dehors des grands foyers de la science.

Les intérêts professionnels ne sont pas perdus de vue par nos confrères de Gannat, comme il est facile de s'en rendre compte en lisant, dans ce volume, les remarquables rapports sur l'état sanitaire de la région ; la correspondance avec M. le Préfet de l'Allier ; les sages instructions sur les maladies contagieuses, à l'usage des instituteurs du département, etc., etc. Que les membres de la Société des sciences de Gannat reçoivent donc nos félicitations. Faire connaître ces travaux, c'est rendre leur exemple fécond et leur préparer des émules. — Ch. Eloy.

Commission d'étude de l'assainissement du Havre. — Rapport général par M. E. Widmer. — Havre, 1882. — Mondet.

Dans les conclusions de ce rapport, la Commission émet un vœu favorable pour le système du tout à l'égout, à condition de réaliser les conditions suivantes : pente suffisante des égouts ; écoulement constant ; distribution abondante d'eau potable et bonne ventilation. — Elle demande, en outre, qu'on impose aux propriétaires l'obligation de drainer le sol des habitations ; à la ville, de perfectionner le service d'inspection des viandes et du lait ; d'établir un laboratoire municipal de chimie et de faire surveiller plus activement la prostitution.

La ville du Havre a été la première, en France, à créer un Bureau d'hygiène. L'extension des attributions que la Commission demande pour ce dernier est la meilleure preuve des services rendus par cette utile institution. — Ch. E.

De l'hypertrophie cardiaque dans les néphrites consécutives aux affections des voies excrétoires de l'urine, par le docteur E. Weill. — Paris, Delahaye ; 1882.

Ce mémoire clinique confirme une fois de plus l'existence des relations physiologiques qui existent entre le rein et le cœur. C'est ainsi que les irritations rénales peuvent modifier la tension artérielle, absolument comme l'excitation des nerfs sensitifs en général. Quant à l'hypertrophie du cœur, elle survient également dans les néphrites d'origine locale (rein chirurgical, par exemple) ; enfin par analogie, dans la maladie de Bright, on doit admettre l'influence de la lésion rénale sur les altérations du cœur.

Ainsi donc le rein, comme le foie, l'estomac et l'intestin, peut modifier le fonctionnement du cœur, et ces phénomènes sont de l'ordre des synergies qu'on observe dans l'innervation de ces organes. — L. D.

Hygiène professionnelle : l'ouvrier mégissier, par M. le docteur Choquet. — Paris, 1882 ; Delahaye.

Après la monographie de l'hygiène du *Compositeur typographe*, M. Choquet nous donne celle du *Mégissier*. Comme la précédente, cete brochure contient de nombreux détails techniques et de précieux conseils qui donnent à ce mémoire un intérêt pratique. La série n'est sans doute pas épuisée et nous espérons que M. Choquet continuera, avec le même succès, de passer en revue les diverses industries et de faire connaître les causes de dangers professionnels ou d'insalubrité qu'elles peuvent présenter. — L. D.

FORMULAIRE

POTION ASTRIGENTE. — E. LABBÉE.

Simarouba	15 grammes.
Eau.	q. s.

Pour obtenir 250 gr. de décoction, filtrez et ajoutez :

Emulsion gommeuse.	61 grammes.
Teinture thébaïque.	xx gouttes.

F. s. a. une potion à donner par cuillerées, dans la diarrhée chronique simple. — N. G.

GLYCÉRÉ ANTIPRURIGINEUX. — Ernest BESNIER.

Acide phénique.	0 gr 50 centigr.
Glycéré d'amidon	99 gr 50 centigr.

Mêlez. — Onctions douces sur les régions qui sont le siège de démangeaisons. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront, le lundi 12 mars 1883, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques. Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique (ancien collège Rollin), tous les jours, de une heure à quatre heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année, qui doivent en justifier pour prendre la seizième inscription; ils sont facultatifs pour les étudiants pourvus de seize inscriptions. Les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves de quatrième année sont admis sur la présentation de la quittance à souche, constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1883;

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions et les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir.

Sont dispensés de ces formalités les élèves ayant seize inscriptions et les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1882-1883. Ces élèves seront admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs). Les élèves indiqués dans les deux paragraphes qui précèdent devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (bureau du chef du matériel) de midi à quatre heures, du 20 février au 10 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis.

SERVICE SANITAIRE DE LA VILLE DE VIENNE. — Le service sanitaire de la ville de Vienne coûte 325,000 florins. Il est indépendant de l'Assistance publique, qui figure au budget municipal pour 1,123,620 florins. Mais en outre, les hôpitaux et les établissements charitables ont des ressources propres qui portent leur revenu annuel à 2,500,000 florins. Les bons de toute nature sont compris dans cette somme pour 100,000 florins environ.

Pour l'Assistance publique, la ville de Vienne dépense 7 fr. 61 par tête; viennent ensuite : Stockholm, 7 fr. 28; Christiania, 5 fr. 86; Prague, 5 fr. 80; Berlin, 5, fr. 72. Ces chiffres sont moins élevés que ceux des villes de Paris et de Londres, qui atteignent 15 fr. et 11 fr. 24 par tête d'habitant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très précises). — Séance du vendredi 9 mars 1883.

Ordre du jour. — M. Zuber : Rapport sur un mémoire de M. Rousselle sur la transfusion du sang. — M. Dumontpallier : De la méthode réfrigérante dans le traitement de la fièvre typhoïde. — M. Gallard : Observation de typhlite et de pérityphlite chez un homme de 44 ans; guérison. — M. Tenneson : Sur un cas d'expulsion de trois botriocéphales par le même malade.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 6 mars. — M. Vulpian, depuis sa première communication à l'Académie sur l'acide salicylique dans le traitement de la fièvre typhoïde, a continué l'emploi de cet agent. Ne l'ayant pas donné dans tous les cas, il évite le reproche d'avoir adopté un système; mais il a trouvé que nul *médicament* n'abaisse plus et mieux la température. M. Vulpian n'a pas l'expérience des bains froids, et n'en dit rien; il se borne à l'étude des médicaments, et, dans cet ordre d'idées, il prend en main la cause de l'acide salicylique et le préfère aux agents qu'on a vantés jusqu'ici. A la dose de 4, 5 et 6 grammes par jour, il lui accorde une valeur antithermique très supérieure à celle de la quinine. Poussée à la dose de 2 gr. 50, la quinine égalise tout au plus les températures du matin et du soir; l'acide, au contraire, a souvent donné un renversement de la courbe thermique, le chiffre du soir étant de 1° inférieur au chiffre matinal.

L'orateur admet que l'hyperthermie n'est pas la fièvre, mais qu'elle en est le plus sûr témoin, et que l'acide est un antithermique parce qu'il est un antipyrétique, en d'autres termes, parce qu'il agit efficacement sur les centres nerveux de manière à modifier leur action sur la nutrition intime des tissus. Son usage est donc rationnel en bonne physiologie. D'ailleurs, il produit chez les malades non seulement l'antithermie, qui seule n'aurait que peu de valeur, mais aussi une amélioration véritable.

M. Vulpian, avec forces réserves sur les mensonges de la statistique, produit néanmoins la sienne. Le hasard, dit-il, l'a rendue plus heureuse que bien d'autres (6,54 p. 100 de mortalité); il n'en faut pas conclure à la vertu spécifique de « son traitement ». Mais elle montre au moins que ce traitement n'est pas inférieur à la plupart de ceux qu'on a préconisés.

La péroraison de ce discours, vraiment médicale, a surtout frappé l'Académie et mérité de nombreux applaudissements. Le traitement salicylé, dit l'orateur, n'a pas de prétentions curatives; j'en prends mon parti, mais j'appelle de nouveaux efforts, et j'espère qu'un jour viendra où nous posséderons un traitement spécifique de la fièvre typhoïde. On a parlé des formes diverses qu'elle revêt, et de la médecine des indications; moi aussi, je me conforme aux indications tirées des symptômes, parce que je ne puis rien faire de mieux. Mais il faut viser plus loin, et chercher le remède curateur d'une maladie spécifique. Sans doute, il y a « des malades », nous le savons tous; mais il y a aussi « des maladies ». La fièvre intermittente n'a-t-elle pas ses diverses formes, simple, pernicieuse, larvée? Vous donnez cependant la même quinine à tous les malades, et vous réussissez, parce que derrière ces aspects variés la maladie est une, et vous avez le remède. Celui qui doit guérir la fièvre typhoïde nous est inconnu, mais l'avenir nous le donnera peut-être; je crois à la thérapeutique et je ne veux pas que nous perdions courage.

A quatre heures et demi, M. Bouley monte à la tribune. On se demandait en quels termes l'éminent professeur d'Alfort comptait faire ses débuts dans la fièvre typhoïde. On pensait bien qu'il parlerait physiologie, et répondrait surtout à M. Peter.

L'orateur s'est placé volontairement à côté de la question, et, s'emparant d'une phrase incidente que M. Peter avait risquée sur « l'envahissement du microbe », il n'a parlé que pour défendre la théorie des germes. La « doctrine microbienne » a jeté, d'après lui, de grandes clartés sur l'étiologie, l'anatomie pathologique, les

symptômes. Que de mystères dévoilés dans ces quelques mots : « la virulence est fonction de l'élément vivant » !

Tous les doutes, cependant, n'ont pas encore disparu devant cette simple formule. Aussi bien, nous pensons que c'est l'honneur de Davaine, de Pasteur, de Chauveau d'avoir procédé scientifiquement, là où Raspail supprimait les démonstrations qui auraient pu surgir entre son affirmation et la vente de ses produits, et par là-même dissipait d'avance toutes les obscurités qui sont le résultat nécessaire des recherches minutieuses, des travaux et des opinions contradictoires.

M. Bouley a cité, comme exemple des « grandes clartés » que nous devons à la doctrine de Pasteur, celle que répand sur la pathologie le microbe tuberculeux. A vrai dire, nous nous demandons encore ce que vient ajouter à nos connaissances sur l'évolution de la tuberculose, locale ou générale, cet être incertain et controversé. Avions-nous besoin de lui pour savoir que le tubercule est infectieux et inoculable, et les recherches de Villemin n'ont-elles pas précédé la mise au monde du bacillus de Koch ?

Sur le terrain des applications médicales, il nous a semblé que M. Bouley faisait la partie belle à M. Peter. Mais attendons la suite ; car c'est mardi prochain qu'il sera question de la fièvre typhoïde. — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

DES EFFETS ANTITHERMIQUES

DU SULFATE DE QUININE ET DU SALICYLATE DE SOUDE ADMINISTRÉS CONCURREMMENT DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1),

Par le docteur F. SOREL, membre correspondant.

III

Les succès ou les insuccès de la médication antithermique, quels que soient les moyens ou les médicaments employés, paraissent liés à deux éléments qui dominent son action : d'une part la résistance variable qu'oppose la température fébrile à sa réduction, et de l'autre le degré de la perversion fébrile.

Voici deux malades atteints de fièvre typhoïde, le thermomètre indique une même température, soit 40° ; chez l'un, ce chiffre a été atteint rapidement en deux ou trois minutes au plus par une montée continue de la colonne mercurielle; chez l'autre, l'ascension s'est faite lentement, par petites poussées, et a demandé huit à dix minutes pour être complète. (On se sera servi du même thermomètre, et le même résultat aura été obtenu en inversant l'ordre d'examen des malades.)

A ces différences dans le mode d'ascension thermométrique, correspondront le plus souvent chez le premier une langue sèche et rôtie, une impression tactile âcre, mordicante et la faculté pour un membre exposé hors du lit de maintenir sa température à peu près invariable. Le second présentera, au contraire, une certaine moiteur, la langue bien que fuligineuse aura conservé un certain degré d'humidité, et le membre placé à l'air libre se refroidra en tendant à se mettre en équilibre de température avec le milieu extérieur.

Soumis aux bains froids, il y a chance que le premier malade soit le plus impressionnable et frissonne tout d'abord, mais surtout à peine sorti de l'eau il aura récupéré, sinon dépassé, au bout de quelques instants, le degré initial de 40°. Le second supportera bien la réfrigération par l'eau froide, en retirera un bénéfice marqué et l'abaissement obtenu sera sensible une heure encore après le bain.

Il est évident que les cas sont dissemblables et que la chaleur fébrile ne se comporte pas de la même façon chez les deux malades, bien que le degré thermique constaté soit le même. Nous dirons que, dans le premier cas, la température s'est

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 20, 24 février et 4 mars.

montrée irréductible, tandis qu'elle est réductible chez le second malade où il devient possible de déplacer le centre de la régulation thermique.

Le second élément a été parfaitement mis en lumière par Gubler. Ce qui caractérise suivant lui la perversion fébrile, c'est : l'élévation de la chaleur sous l'influence d'actions chimiques faibles, les oxydations et les dédoublements se faisant autrement qu'à l'état normal ; le désordre dans les actes circulatoires, respiratoires et trophiques qui entraînent une altération des grandes fonctions; enfin l'apparition de produits nouveaux dans l'urine. Aussi, dans ces cas, la fièvre est-elle regardée comme ayant un certain degré de malignité. (Articles ALBUMINURIE et SANG du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.)

Cette distinction trop négligée devient surtout féconde en ce qu'elle permet de comprendre que le degré thermique est loin d'être la marque constante du danger que court le fébricitant. Aussi voyons-nous des températures oscillant autour de 39° se montrer difficilement réductibles, tandis qu'une température simplement exaltée sera facilement abaissée, et souvent sans retour, par la réfrigération ou tout autre médication antithermique.

Ensuite, il faut bien le dire, la fièvre ne représente qu'un des côtés du processus typhoïde, et on doit compter avec la qualité et la quantité du poison absorbé, quelle que soit sa nature animée ou non, et la résistance offerte par le milieu d'évolution constitué par le malade lui-même.

Un abaissement marqué de la fièvre en dehors de tout phénomène de collapsus n'est pas constamment suivi d'une amélioration parallèle dans l'état général du malade. L'observation suivante est très instructive à ce sujet.

OBS. IX. — G... (Célestin), 22 ans, jeune soldat au 3ᵉ régiment de tirailleurs algériens, entre à l'hôpital le 25 juillet 1881. Il revient de Tunisie et est au quatrième jour de maladie. Fièvre typhoïde grave; prostration marquée; langue sèche, rôtie; fuliginosités aux gencives; ventre très ballonné, douloureux à la pression dans la région de la fosse iliaque droite; alternatives de diarrhée et de constipation. Apyrexie au dixième jour. Entre en convalescence au vingt-deuxième jour seulement.

Juillet	25...	»	...	40,2		Août	1....	37,3	...	37,8
—	26...	38,4	...	38,4		—	2....	37,2	...	37,0
—	27...	38,2	...	38,7		—	3....	36,8	...	37,0
—	28...	39,2	...	39,5		—	4....	37,0	...	37,2
—	29...	38,7	...	39,7						
—	30...	37,8	...	37,5						
—	31...	38,0	...	37,4						

Médication. — Sulfate de quinine, 1 gramme, les 25, 26 et 27 juillet; 1/2 gramme, le 28. Salicylate de soude, 3 grammes, les 26 et 28 juillet. Infusion de poudre de feuilles de digitale, 1 gramme, le 29 juillet; et 0 gr. 30, le 30.

A dater du 31 juillet soir, dixième jour de la maladie, la température reste abaissée à la normale. L'influence de la médication est problématique, et ce cas me paraît semblable à celui signalé par Vallin. (*Archives générales de médecine*, novembre 1873.)

Cependant, malgré l'apyrexie, les symptômes restent aussi inquiétants ; le regard ne s'éveille, la langue ne s'humecte, le ventre ne devient souple qu'au dix-huitième jour de la maladie, et c'est seulement au vingt-deuxième que l'appétit se fait sentir, que les selles deviennent normales et que la convalescence se prononce L'amaigrissement est aussi considérable et la déperdition des forces aussi marquée que dans les cas les plus fébriles.

Je reviens à la médication quinino-salicylée. Dans la généralité des cas, même de ceux qui sont mortels, elle a réussi à abaisser la température et à modérer l'intensité fébrile en augmentant l'amplitude des oscillations et en abaissant le centre de la régulation thermique.

Ses effets se manifestent le plus souvent dès le second ou le troisième jour de la médication, par une chute marquée de la température, ce qui contribue même, en

l'absence de taches rosées, à rendre d'abord le diagnostic incertain. Dès lors, dans les cas légers ou de moyenne intensité, le centre de la régulation thermique est définitivement abaissé, à condition toutefois de continuer l'administration des médicaments. Le plus ou moins de facilité que l'on a eu à obtenir ces résultats devient un des éléments du pronostic.

Nous avons constaté sur le tracé trois effets produits : *égalisation*, *inversion*, ou *abaissement continu* de la ligne thermique. En répartissant les doses de salicylate de soude sur un plus grand espace de temps, on obtiendrait des effets un peu différents, l'influence de la médication serait reportée sur les températures du lendemain matin.

Les femmes, et surtout les jeunes enfants, sont plus sensibles à l'action des deux médicaments que les adultes, aussi doit-on prescrire des doses moindres.

Les grandes oscillations, qui se rencontrent souvent dans le dernier septénaire, sont médiocrement influencées par la médication ; et, comme tout danger pouvant résulter de l'état fébrile a disparu, on peut la cesser complètement.

La médication est sans action, tant sur la durée que sur les complications de la maladie. Elle n'empêche pas les rechutes.

La mortalité observée, surtout en faisant abstraction des complications, a été très faible. Cependant je ne conclus pas à l'action curative du sulfate de quinine et du salicylate de soude dans la fièvre typhoïde. Il faut apporter, en effet, une grande réserve dans le jugement à porter sur une médication et se tenir en garde aussi bien contre les erreurs de diagnostic que contre celles qui tiennent au pronostic.

Je crois avoir évité les premières en rejetant de ma statistique tout état fébrile continu qui peut laisser quelque doute dans mon esprit, au point de vue de la réalité d'une fièvre typhoïde.

Quant aux secondes, j'ai présent à l'esprit les études si remarquables de M. E. Besnier sur la variabilité dans l'évolution des maladies et les sages leçons du professeur L. Colin, et je crois avoir rencontré une série très heureuse, comme le prouvent le nombre des formes écourtées et la différence de la mortalité qui tombe à moins de 4 p. 100 pour les neuf derniers mois, tandis qu'elle avait été supérieure à 25 p. 100 dans les trois premiers mois. Il est vrai de dire que la saison chaude et l'état de fatigue des premiers malades ont été pour quelque chose dans le coefficient plus élevé de la mortalité.

J'ai surtout voulu, comme l'indique le titre de cette note, sans me prononcer sur la valeur thérapeutique de la médication, attirer l'attention sur ses effets antithermiques.

A ce point de vue spécial on trouve, dans l'association des deux médicaments sulfate de quinine et salicylate de soude, qui sont d'un emploi facile, une action antithermique constante, rapide et soutenue, même dans les cas les plus fébriles.

Cette action est plus marquée par l'administration dans la même journée et sans interruption des médicaments, que par leur usage alterné et interrompu. Cette médication n'entraîne aucune inconvénient marqué et peut être poursuivie pendant toute la durée de la maladie.

La digitale, bien plus souvent impuissante, n'agit que tardivement après plusieurs jours d'administration. Cependant, c'est là un excellent médicament que, dans les cas où la température fébrile se montre difficilement réductible, j'associe au sulfate de quinine et au salicylate de soude.

Les lavements phéniqués constituent une médication incommode ; ils ont l'inconvénient très grave d'agir par choc brusque, et d'amener au bout de peu de temps une surélévation de la température, ce qui oblige à une surveillance constante pour être en mesure de les renouveler en temps opportun.

Leur usage n'est pas sans danger si, comme l'a observé notre camarade de l'armée, M. Ramont (*Archives générales de médecine,* numéro de mai 1882), ils entraînent une cachexie spéciale qui rend la convalescence difficile et peut être cause de mort rapide.

Les bains froids, d'une généralisation plus difficile, me paraissent devoir être

réservés à des cas particuliers où ils viennent avec avantage au secours de la médication quinino-salicylée.

En résumé, cette médication n'est exclusive d'aucune autre là où elle ne réussit qu'incomplètement; son emploi facile, son action à la fois prompte, constante et soutenue sur l'élément fébrile en même temps que son innocuité et l'absence de toute influence défavorable sur la convalescence, nous font lui donner la préférence comme méthode courante dans le traitement de la fièvre typhoïde.

OBSTÉTRIQUE

CONSIDÉRATIONS SUR LE FORCEPS.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

Nous avons rappelé qu'on devait toujours saisir la tête par les bosses pariétales, l'instrument ayant une forme telle qu'il ne s'adapte convenablement que de cette façon. Or, les bosses pariétales, dans les positions dites primitives (positions de la grossesse et du travail), dans l'excavation, étant placées aux extrémités de l'un des diamètres obliques, le forceps sera placé obliquement. Pour les positions O. I. G. A., comme pour les positions O. I. D. P., la cuiller gauche sera en rapport avec la symphyse sacro-iliaque gauche et la cuiller droite sera en rapport avec l'éminence ilio-pectinée droite. Pour les positions O. I. D. A. et O. I. G. P., la cuiller droite sera en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite et la cuiller gauche avec l'éminence ilio-pectinée gauche. Nous répétons que nous nous bornons pour le moment à énumérer les règles classiques, à faire de la théorie, ce qu'on enseigne avec raison aux élèves sur le mannequin. Nous pensons qu'en pratique, on a tout avantage, ordinairement, à s'abstenir des applications obliques pour les positions antérieures; nous reviendrons sur cette manière de voir.

Pour ce genre d'opération (position oblique), le second modèle de M. Tarnier est préférable au premier, parce que le mouvement connu depuis Madame Lachapelle sous le nom de mouvement de spire, et qui a pour but de ramener derrière l'une des éminences ilio-pectinées la cuiller antérieure, est plus facile. On sait que pour exécuter ce mouvement, il faut que le manche de la cuiller rase la cuisse de très près, mouvement fort difficile dans certains cas, en particulier dans les présentations de la face, quel que soit l'instrument dont on se sert, parce qu'on ne peut pas toujours donner aux cuisses de la femme l'écartement nécessaire. Avec le premier modèle de M. Tarnier, quelle que soit l'abduction des cuisses, on est gêné et surtout arrêté par la courbure périnéale des branches de préhension qui vient heurter l'une des branches ischio-pubiennes. M. Tarnier, dans sa communication au Congrès médical de Londres, a fait remarquer de plus que, pour la même cause, le manche de l'instrument est dévié, de telle sorte que les tractions sont mal dirigées.

Supposons maintenant que l'instrument a été appliqué sur le sommet en position O. I. D. P. La cuiller gauche a été placée sur la symphyse sacro-iliaque gauche et la cuiller droite a été ramenée derrière l'éminence ilio-pectinée droite. L'instrument est articulé. Il faut passer au troisième temps de l'opération. Si nous suivions les anciens préceptes et si nous nous servions du forceps de Levret, nous tirerions en maintenant les manches à égale distance des deux cuisses, puis nous les ferions péniblement tourner sur place; et avec une peine infinie, après avoir plus ou moins contus ou même coupé les parties molles de la mère, nons ferions l'extraction. Le forceps mécanique, mathématique de M. Tarnier nous a appris comment il fallait tirer et comment il fallait exécuter le mouvement de rotation. Fixez le tracteur, saisissez-le à poignée et tirez. Aussitôt vous voyez les manches de l'instrument dévier fortement vers la cuisse gauche, vous les suivez avec le tracteur; mais, grâce à la courbure dont il est muni, vous tirez cependant dans le prolongement de l'axe pelvien, ce que vous ne pourriez pas faire avec le forceps de Levret, à moins de saisir l'instrument très haut, ce qui est au détriment de la solidité de la prise et de l'énergie des tractions. M. Tarnier a appelé l'attention sur cette incontestable supériorité de son forceps.

Quels sont les avantages de cette direction oblique de l'instrument? Pourquoi les manches dévient-ils nécessairement vers la cuisse gauche quant la position est droite postérieure, vers la cuisse droite quand l'occiput et tourné vers la symphyse sacro-iliaque gauche (O. I. G. P.)? D'abord la tête se trouve ainsi régulièrement saisie, les cuillers ne débordent plus. Ramenez les manches vers la ligne médiane et les cuillers déplacées dépasseront la sphère céphalique au risque de contondre et de blesser les parties molles comme nous le disions tout à l'heure. De plus l'occiput bien saisi sera forcément abaissé ; or, de cet abaissement, c'est-à-

dire du degré de flexion de la tête, dépend la facilité de la rotation. Une tête bien fléchi tourne toujours.

Nous avons dit que c'était une faute de faire tourner les manches sur place pour reproduire artificiellement le troisième temps de l'accouchement, dit temps de rotation. L'instrument de M. Tarnier nous en fournit encore la preuve mathématique. Lorsque la tête pivote spontanément, a dit le savant accoucheur, et nous avons tous constaté la réalité du fait, pendant qu'on tire sur la poignée transversale, on voit les manches des branches de préhension décrire un arc de cercle très évident. Il est facile d'en conclure que lorsqu'on veut produire artificiellement la rotation de la tête, il faut, pendant que l'on tire avec une main sur la poignée transversale, pousser avec un doigt de l'autre main l'extrémité des manches du forceps, de manière à leur faire décrire l'arc de cercle dont je viens de parler.

Passons maintenant aux positions obliques antérieures O. I. G. A., O. I. D. A. Si nous nous plaçons au point de vue didactique, si nous restons théoriciens, et si nous déduisons la conduite à tenir pratiquement de celle qui est indiquée dans le dernier paragraphe pour les O. I. D. P., la tête ayant en définitive la même direction quand elle est en position O. I. G. A., nous dirons : il faut faire une application oblique et incliner les manches de l'instrument vers la cuisse gauche. Eh bien, cliniquement, cette manière de faire n'est pas irréprochable. Il est vrai que nous saisirons ainsi régulièrement la tête et que nos cuillers ne déborderont pas; mais nous n'agirons pas directement sur l'occiput, de manière à l'abaisser. Pour saisir l'occiput et fléchir la tête, il faudrait au contraire ramener les manches vers le plan médian, à égale distance des deux cuisses, et alors les cuillers déborderaient au risque de blesser la parturiente. On voit bien cela dans le mannequin de MM. Pinard et Budin, et lorsqu'on se sert d'un forceps à aiguille, les manches ne dévient pas vers la cuisse gauche comme il arrive dans les positions O. I. D. P.; car c'est en abaissant l'occiput, en augmentant la flexion que le forceps agit et qu'il facilite l'accouchement, et pour cela il faut que l'occiput soit dans le bec des cuillers. Que faire alors? Ici l'instrument est en défaut. Doit-on dévier les manches vers la cuisse gauche pour saisir régulièrement la tête? Mais on ne facilitera pas l'abaissement du sommet. Doit-on laisser les manches à égale distance des deux cuisses pour agir sur l'occiput? Mais les cuillers débordant pourront blesser les organes génitaux. Nous croyons qu'il vaut mieux pour les positions obliques antérieures : O. I. G. A., O. I. D. A., faire des applications de forceps directes, toutes les fois que la tête est bien fléchie. Presque toujours l'opérateur, en introduisant la main pour placer les cuillers, sentira le sommet pivoter entre ses doigts. Beaucoup d'accoucheurs ne font que des applications directes, en Allemagne cela est de règle, et si l'opération reste dans la majorité des cas une bonne opération, c'est parce que les positions antérieures sont les plus fréquentes, et que la tête tourne entre les cuillers.

Le plus souvent, l'application du forceps sur la face laisse beaucoup à désirer, quel que soit l'instrument employé. De même que, dans la présentation du sommet, il faut abaisser l'occiput pour augmenter la flexion qui permettra la rotation; de même, dans la présentation de la face il faut abaisser le menton pour augmenter la déflexion sans laquelle la rotation ne se fera point. Pour saisir le menton dans les positions mento-iliaques postérieures, il est de la plus haute importance de dévier fortement les manches de l'instrument vers la cuisse gauche pour les mento-iliaques droites postérieures, vers la cuisse droite pour les mento-iliaques gauches postérieures. Si l'on fait une application oblique pour les mento-antérieures, c'est au contraire sur le plan médian avec un peu de déviation vers la cuisse droite pour les positions gauches et vers la cuisse gauche pour les positions droites qu'on devra diriger les manches. Il faut en effet saisir le menton, et, en exécutant ces divers mouvements avec les manches, les cuillers qui se dirigent en sens inverse vont prendre le menton. Mais on n'a pas une bonne prise; l'instrument n'est pas construit pour ce genre d'application. Combien de fois avons-nous vu, à l'Ecole pratique, des élèves saisir habilement le menton et l'instrument déraper parce que la prise n'est pas solide. D'autres, moins habiles, ne saisissaient pas le menton; ils avaient une prise solide, mais le front au lieu du menton venait se dégager sous la symphyse, quand le volume de la tête le permettait. Les uns et les autres se donnaient ainsi la meilleure démonstration de la difficulté des applications de forceps sur la face. Les premiers défléchissaient bien la tête, mais la prise manquait de solidité; les seconds avaient une prise solide, mais au lieu d'augmenter la déflexion ils la diminuaient.

Plus irrégulières encore sont les applications de forceps au détroit supérieur. On peut dire qu'à ce niveau la tête est toujours placée transversalement, car les rétrécissements du bassin sont la cause ordinaire de l'arrêt dans la descente, et comme, dans le bassin vicié par le rachitisme, le plus commun de tous, le diamètre transverse est le plus large, c'est ce diamètre qu'occupent les plus grands diamètres de la tête, en vertu de la loi d'adaptation. On ne peut

saisir le fœtus par les bosses pariétales. On fait donc soit une application directe, soit une application oblique. Dans l'un et l'autre cas, on saisit la région fœtale très irrégulièrement.

C'est dans ce genre d'opération que le long modèle du forceps à aiguille rend les plus grands services, en permettant de tirer dans l'axe. Tout accoucheur qui a expérimenté le forceps ancien et celui de M. Tarnier, sait quelle grande différence existe entre eux, au point de vue de la promptitude, de la facilité, de l'excellence des résultats.

Telles sont les considérations que nous voulions présenter à nos lecteurs sur le forceps. Nous croyons avoir montré suffisamment que l'application du forceps n'est pas toujours aussi facile que le prétend le docteur Smith, de Philadelphie, et qu'on ne doit pas accréditer cette opinion fausse et dangereuse, que tout praticien peut faire cette opération sans étude préalable autre que la lecture d'un traité d'accouchement, comme on apprend à poser des sangsues en lisant un manuel de petite chirurgie. Notons que nous n'avons pas dit un mot des difficultés qui ne tiennent ni à l'instrument ni à l'opérateur.

Pour nous résumer sur ce qui concerne la valeur des instruments, nous dirons que le forceps de M. Tarnier est infiniment supérieur à celui de Levret. C'est une erreur de croire qu'il soit compliqué; il est simple et son maniement est celui du forceps de Levret. Le plus sérieux reproche qu'on lui ait fait consiste dans la difficulté de le tenir parfaitement propre. En effet, à l'endroit où les tiges de traction s'articulent avec les cuillers, existe une mortaise dans laquelle des liquides infectants pourraient séjourner. Il faut avoir soin de nettoyer à l'acide phénique et à la brosse cette mortaise, et de la tenir quelques instants dans la flamme d'un bec de gaz. Il est bon de tremper dans une solution phéniquée le reste de l'instrument; mais c'est une précaution qu'on doit prendre pour tout instrument et pour la main, puisque nous sommes à présent éclairés sur les immenses avantages qui résultent de la méthode dite antiseptique.

D[r] H. STAPFER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance officielle comprend l'ampliation du décret qui autorise l'Académie à accepter le legs d'une somme de vingt mille francs que lui a fait madame Renard, veuve du docteur Perron.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Crouzas. (Accepté.)

2° Une lettre de M. le docteur Lajoue (de Boissy-Saint-Léger) qui sollicite le titre de membre correspondant.

3° Une note de M. le docteur Bousquet, sur le moyen d'activer la sécrétion laiteuse par l'emploi de la graine de coton.

4° Une brochure en italien de M. le docteur Olivarès sur le glaucome.

5° Une note de M. le docteur Carivenc, médecin-major, intitulée : *Sur le vaccin humain, essais de revaccination par injections sous-épidermiques.*

—

M. Léon COLIN (du Val-de-Grâce), présente : 1° au nom de M. le docteur Jules Arnould, médecin principal de l'armée, une brochure intitulée : *Étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde;* — 2° au nom de M. le docteur Petresca (de Bucharest), un volume intitulé : *Éléments de thérapeutique et de matière médicale.*

M. VULPIAN présente, au nom de M. le docteur Bellas (d'Athènes), un travail mauuscrit sur les fièvres paludéennes.

M. PROUST offre en hommage un petit volume qu'il vient de publier sous le titre de : *Éléments d'hygiène*, à l'usage des jeunes filles.

M. GOSSELIN présente : 1° au nom de M. le docteur Paquelin, un nouveau type de thermocautère spécialement destiné aux opérations délicates de la pathologie ignée; — 2° au nom de M. le docteur Riant, un volume intitulé : *Hygiène du cabinet de travail.*

M. BERGERON présente, au nom de M. le docteur Duché, secrétaire général de la Société médicale de l'Yonne, une notice de M. le docteur Paradis, ancien président de cette Société.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Longet, médecin-major de 1[re] classe, un

troisième mémoire sur les résultats comparatifs des vaccinations et des revaccinations pratiquées au moyen du vaccin de génisse et du vaccin humain.

M. Polaillon présente, au nom de M. le docteur Gustave de Beauvais, secrétaire général de la Société de médecine de Paris : 1° le compte rendu des travaux de cette Société pendant l'année 1881 ; 2° une brochure intitulée : *Secours aux noyés, aux inondés, aux incendiés et aux victimes des épidémies et des accidents de toute nature.*

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. le docteur A. Ferrand, médecin de l'hôpital Laënnec, candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale : 1° un volume intitulé : *Traité de thérapeutique médicale ;* 2° une second volume intitulé : *Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phthisie pulmonaire.*

Sur l'invitation de M. le Président, M. Léon Labbé donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Jules Cloquet. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbations.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Vulpian a été étonné d'entendre quelques-uns de ses collègues qui ont pris la parole dans cette discussion, parler de certains traitements qu'ils ont mis en usage comme s'il s'agissait de traitements qui leur fussent personnels ; or, il s'agit de l'emploi du sulfate de quinine, de l'alcool, de l'extrait de quinquina, des lotions froides, des laxatifs, des purgatifs, etc., toutes médications qui sont employées depuis longtemps par la plupart des médecins. Il n'y a donc là rien de personnel à tel ou tel praticien, si ce n'est, à certains égards, une manière particulière d'administrer ces médicaments.

On ne peut pas dire qu'il y ait une méthode particulière de traiter la fièvre typhoïde. L'expectation, que l'on a voulu ériger en méthode, consiste simplement, dans les cas de grande bénignité, à observer le cours naturel de la maladie et à n'intervenir que lorsque l'état du malade s'aggrave ou se complique. Au fond, le traitement est le même pour la plupart des praticiens, sauf pour ceux qui ont recours à l'usage exclusif de l'eau froide ou d'autres médications systématiques telles que l'acide phénique et les phénates, l'acide salicylique et les salicylates, etc. M. Vulpian n'est le partisan d'aucune médication systématique ; il a employé et il emploie l'eau froide et l'acide salicylique, mais pas d'une manière exclusive. M. Vulpian rappelle qu'au mois d'août dernier il est venu communiquer à l'Académie le résultat de ses recherches et de ses expériences sur l'emploi de l'acide salicylique dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Il a constaté alors ce qu'avaient déjà constaté bon nombre de médecins tant à l'étranger qu'en France, touchant l'action de l'acide salicylique sur la température et sur la fièvre.

Depuis cette époque, un de ses élèves, M. le docteur Rabot, a publié une thèse où se trouvent réunies bon nombre d'observations dans lesquelles ont été suivis jour par jour les résultats de ce traitement. Ces résultats, M. Vulpian veut les exposer en peu de mots.

Il n'a pas employé l'acide salicylique dans tous les cas, de même qu'il n'a pas eu recours dans tous les cas au sulfate de quinine ni à aucune autre médication. Il n'a pas donné l'acide salicylique dans les cas légers, dans ceux qui peuvent être traités par la simple expectation. Il l'a donné dans les cas graves et dans les cas moyens. L'usage du médicament n'a pas été commencé dès le jour de l'entrée des malades à l'hôpital ; M. Vulpian a toujours préféré attendre un ou deux jours ; il a observé, en effet, que l'état des malades à leur entrée à l'hôpital n'indique pas leur état réel ; c'est-à-dire que les malades, fatigués par les allées et venues qui ont précédé leur entrée, exposés au froid, etc., présentent, au moment de leur entrée, un état plus grave en apparence qu'il ne l'est en réalité ; la température est plus élevée, le pouls est plus fréquent que ne le comporte le degré de la maladie. Il n'est pas rare, par exemple, de constater, le premier jour, une température de 40 degrés et de voir le lendemain ou le surlendemain cette température descendre à 38,7 ou 38,6, rien que sous l'influence du repos.

M. Vulpian n'a pas non plus employé l'acide salicylique à la fin de l'épidémie, par la raison qu'à ce moment les cas deviennent beaucoup moins graves et que l'on voit alors bon nombre de ces fièvres typhoïdes, que l'on a désignées sous le nom de fièvres *abortives* ou *fébricules*, qui durent environ dix ou quinze jours, puis disparaissent presque sans traitement.

Les études qu'il a faites lui permettent d'affirmer qu'il n'existe pas actuellement de médication qui puisse produire aussi rapidement que l'acide salicylique, et avec aussi peu de danger pour les malades, l'abaissement de la température. Peut-être l'acide phénique et les phénates peuvent-ils produire les mêmes résultats, mais ils ont des inconvénients que n'a pas l'acide salicylique.

Par l'acide salicylique, M. Vulpian a pu obtenir, dans un assez grand nombre de cas, un abaissement thermique de 2 ou 3 degrés centigrades dans le court espace de 24, de 48, de 72 heures, suivant les sujets ou suivant le degré de la maladie.

Pour obtenir un tel abaissement, il lui a fallu porter le médicament à la dose de 4, 5 ou 6 grammes par jour. La dose de 2 grammes n'a jamais été suffisante pour produire un pareil effet.

M. Vulpian a fait des essais comparatifs entre l'acide salicylique et le sulfate de quinine, à ce point de vue, et il a toujours trouvé une différence considérable entre l'action antithermique de l'acide salicylique et celle du sulfate de quinine employé aux doses de 1 gramme 50, 2 grammes et même 2 grammes 50. Jamais il n'a pu obtenir, par le sulfate de quinine, l'inversion des températures vespérales et matinales, c'est-à-dire faire que la température vespérale devînt plus basse que la température matinale, inversion qu'il a eu souvent l'occasion de constater avec l'acide salicylique. Il a vu, par exemple, l'acide salicylique, à la dose de 5 grammes, déterminer un abaissement de 1 degré dans la température vespérale sur celle du matin ; cet abaissement a été même plus considérable dans certains cas.

Il résulte de ces expériences que l'acide salicylique exerce, dans la fièvre typhoïde, une action antithermique beaucoup plus considérable que le sulfate de quinine.

On a dit, au cours de la discussion, que l'on avait tort d'attacher une aussi grande importance à l'hyperthermie et par conséquent à l'action antithermique des médications dirigées contre la fièvre typhoïde ; on a prétendu que l'élévation de la température devait être placée au second plan et céder le premier rang à la fréquence du pouls.

Il est vrai que l'acide salicylique n'exerce pas sur le cœur la même influence que le sulfate de quinine, qui modifie sensiblement le tracé sphygmographique, ainsi que l'a fort bien remarqué M. Germain Sée. M. Vulpian a constaté cette modification du cœur par le sulfate de quinine, mais, en ce qui concerne l'influence que M. Sée attribue à ce médicament sur le dicrotisme, M. Vulpian n'est pas du même avis; il a parfaitement vu le dicrotisme persister chez tous les typhoïdiques auxquels il avait fait administrer le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme 50 à 2 grammes.

La fréquence du pouls ne suit pas toujours les modifications subies par la température, et M. Vulpian a vu des malades, chez lesquels la température s'était abaissée de 3 degrès, conserver le même nombre de pulsations. Il semblerait donc que l'acide salicylique serait un médicament antithermique et non antipyrétique, c'est-à-dire agissant sur la température, non sur le pouls et, qu'enfin de compte, la notion de la température doit, comme on l'a dit, céder le pas à celle de la fréquence du pouls dans la fièvre typhoïde.

Mais l'objection, pour M. Vulpian, est plus spécieuse que réelle.

Ni l'élévation de la température, ni l'état du pouls ne peuvent être considérés comme des signes absolus de la fièvre. Sous l'influence d'une excitation pure et simple du système nerveux, chacun sait que les battements du cœur peuvent augmenter considérablement de fréquence, sans qu'il y ait fièvre pour cela ; l'augmentation de la fréquence du pouls n'a donc pas une signification réelle, au point de vue de l'existence de la fièvre, dans beaucoup de cas.

Il n'est pas du tout prouvé, d'autre part, que les excès de température ne soient pas le résultat de processus pyrétogénétiques.

D'après M. Vulpian, comme aux yeux de beaucoup d'autres médecins, l'élévation thermique est l'indice le moins trompeur de la fièvre, dont elle est en quelque sorte un produit collatéral. L'augmentation de la température est attachée à la fièvre par un lien étroit, si bien que le degré de l'une est la traduction fidèle de l'intensité de l'autre.

L'acide salicylique est donc un antithermique et aussi un antipyrétique, et il est antithermique parce qu'il est antipyrétique ; il diminue le travail morbide, le processus pathologique qui produit la fièvre. Il est un antipyrétique puissant et, pour le dire en passant, il ne saurait être remplacé par le salicylate de soude dont les propriétés antithermiques et antipyrétiques sont beaucoup moins marquées.

Cet abaissement de la température produite par l'acide salicylique, dans la fièvre typhoïde, serait peu de chose s'il ne s'accompagnait pas en même temps de l'amélioration de l'état général des malades. Or, cette amélioration existe réellement ; on assiste, en quelque sorte, à une transformation. Le malade qui, la veille, ne pouvait dormir, qui était agité ou plongé dans la stupeur, indifférent et inconscient, devient, après avoir pris de l'acide salicylique, beaucoup plus calme ; il dort, la nuit, d'un bon sommeil, il redevient conscient, répond aux questions qu'on lui adresse : M. Vulpian a même vu des malades qui demandaient à manger, dès le lendemain du jour où ils avaient pris de l'acide sali ylique.

Cependant il ne faudrait pas aller trop loin et porter l'acide salicylique à de trop hautes doses, car on s'exposerait à produire le collapsus thermique et la mort des malades.

M. Vulpian se déclare peu touché de l'argument des médecins qui disent : Prenez garde! vous employez dans la fièvre typhoïde des substances qui sont de véritables poisons, des poisons qui peuvent faire d'autant plus de mal qu'ils sont destinés à agir sur des organes déjà altérés par la maladie : foie, reins, cœur, cerveau, muscles, etc. Sans doute on emploie des poisons, et forcément, puisque tous les médicaments sont des poisons; en effet, toutes les actions médicamenteuses sont des actions toxiques légères. Faut-il, dans la fièvre typhoïde, se laisser détourner de l'emploi de l'acide salicylique, parce que les reins sont congestionnés et qu'il y a de l'albuminurie? M. Vulpian ne le pense pas. Jamais, dans sa pratique, il ne s'est laissé arrêter par la présence de l'albumine dans les urines, et il a donné quand même l'acide salicylique. Alors il lui est arrivé souvent de voir l'albuminurie augmenter tout d'abord, et puis, malgré la continuation du médicament, disparaître au bout de quelques jours.

Ainsi, suivant lui, il ne faut pas, quoi qu'on en ait dit, se laisser arrêter par l'état des reins, tout en prenant cependant l'altération de ces organes en considération. Toutefois, il existe des contre-indications à l'emploi de l'acide salicylique. La principale serait l'existence d'une bronchite très forte. M. Vulpian a remarqué que lorsqu'on donne à certains malades l'acide salicylique à doses élevées, il se produisait une dyspnée plus ou moins considérable; mais, dans ces cas, il suffit de suspendre le médicament pour voir disparaître immédiatement cette dyspnée.

De même l'acide salicylique et le salicylate de soude peuvent, chez quelques malades, provoquer le délire; mais alors il suffit également de suspendre l'emploi du médicament pour voir cesser aussitôt le délire ainsi provoqué.

Enfin on a pu croire, dans quelques cas, que l'acide salicylique déterminait, augmentait, chez les malades, la tendance aux épistaxis, aux congestions pulmonaires, anx hémorrhagies intestinales; mais dans une maladie où ces accidents font partie des symptômes morbides habituels, il peut n'y avoir eu qu'une simple coïncidence entre l'apparition du phénomène et l'administration du médicament.

Quoi qu'il en soit, chez la plupart des malades typhoïdiques qu'il a traités dans son service à l'Hôtel-Dieu, M. Vulpian a employé l'acide salicylique. Sans avoir grande confiance dans les statistiques qui, suivant lui, sont toutes menteuses, parce qu'elles ne portent pas sur un nombre assez considérable de malades, et surtout parce qu'elles ne comprennent pas des unités de même valeur, M. Vulpian croit devoir néanmoins donner la statistique comparative des malades soignés à l'Hôtel-Dieu dans son service, et de ceux qui ont été traités dans les autres services de ce même hôpital.

Ainsi, du 1er août 1882 au 31 janvier 1883, il y a eu en tout, dans les divers services de l'Hôtel-Dieu, y compris les annexes, 1,108 malades atteints de fièvre typhoïde; sur ce nombre 113 sont morts, soit une mortalité de 10 p. 100.

Or, dans son propre service, M. Vulpian a reçu et traité, pendant le même temps, 168 malades dont 11 sont morts; soit une mortalité de 6,54 pour 100.

La mortalité dans son service a donc été moins considérable que dans les services de ses collègues de l'Hôtel-Dieu. Peut-être faut-il attribuer cette différence à ce que les cas reçus et traités par M. Vulpian ont été moins graves que ceux traités par ses collègues. Quoi qu'il en soit, M. Vulpian a constaté chez ses malades l'absence générale, constante, absolue d'eschares, et aussi d'abcès de convalescence. Peut-être encore ne faut-il voir là qu'une coïncidence.

Malgré le succès relatif qu'il a obtenu par cette médication, M. Vulpian ne croit pas pouvoir attribuer à l'acide salicylique de véritables effets curatifs; ce médicament, pas plus que les autres, ne lui a semblé avoir abrégé dans un seul cas la durée de la maladie. L'idée qu'il avait eue, en commençant ses essais avec l'acide salicylique, d'atteindre l'agent typhogène soit dans l'intestin, soit dans le sang, soit dans les tissus, cette idée n'a donc pas abouti et ses espérances ont été déçues. Mais ce n'est pas une raison pour se décourager; au contraire il faut chercher encore, chercher toujours si l'on ne pourrait pas trouver enfin un traitement curatif.

M. Vulpian a été surpris d'entendre plusieurs de ses collègues dire qu'ils avaient guéri leurs malades avec des traitements qu'ils ont décorés des noms de « médecine des indications », « thérapeutique rationnelle », etc. Ces traitements, suivant M. Vulpian, ne peuvent avoir aucune espèce de présomption curative. Tout se borne en somme à cette indication banale d'intervenir lorsqu'il y a exagération de quelque symptôme ou quelque complication.

Si quelque chose semble devoir ressortir de cette longue discussion, c'est que nous ne tenons point encore le traitement curatif de la fièvre typhoïde.

Cependant, encore une fois, il n'y a pas lieu de se décourager. On a dit et répété à satiété comme un axiome : Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades. C'est là une grosse erreur; il y a des maladies, à peu près toujours les mêmes chez les divers individus. Telles

sont les maladies spécifiques; telles sont, entre autres, les fièvres intermittentes qui se présentent à peu près avec les mêmes caractères dans tous les cas.

La fièvre typhoïde est une maladie spécifique, comme la fièvre intermittente légitime, pernicieuse ou larvée; or, nous traitons la fièvre intermittente, quelle que soit sa forme, par une médication spécifique toujours la même.

La fièvre typhoïde est un empoisonnement par un agent pyrétogène spécifique; c'est une maladie spécifique; on peut donc espérer d'arriver à la guérir par une médication spécifique, soit qu'elle ait pour propriété de détruire l'agent typhogène, soit qu'elle ait celle de préserver l'organisme par une sorte de vaccination, soit, enfin, qu'elle ait pour effet de mettre les éléments anatomiques dans un état tel qu'ils deviennent réfractaires à l'influence de l'agent spécifique typhogène.

M. Vulpian déclare, en terminant, qu'il croit très fermement à la thérapeutique et à la possibilité de trouver une médication spécifique capable de guérir la fièvre typhoïde. Il faut donc toujours chercher, sans jamais se décourager. (Applaudissements.)

M. Bouley commence un discours que l'heure avancée l'empêche de terminer. Il le continuera mardi prochain.

— A quatre heures trois quarts l'Académie se réunit en comité secret.

BIBLIOTHÈQUE

Traité technique de chimie biologique, par M. Quinquaud, médecin des hôpitaux. Paris, 1883; Lecrosnier.

Le temps n'est plus où on considérait la chimie comme une étrangère dans la clinique médicale. Cette branche de la médecine scientifique est cependant peu étudiée dans notre pays. Faut-il voir dans ce fait un travers de l'esprit médical français ? Ou bien ne doit-on pas plutôt attribuer cette lacune au défaut d'ouvrages techniques spécialement appropriés à la physiologie, à la pathologie, à la clinique et à la thérapeutique? La création de laboratoires auprès des chaires de clinique médicale a été un premier pas dans cette voie. La publication d'ouvrages savants, consciencieux et pratiques comme celui de M. Quinquaud, contribuera certainement à assurer le succès de ces réformes de l'enseignement des écoles.

Le but que s'est proposé l'auteur est donc scientifique et même, ajouterons-nous, patriotique. Certes, le champ peu exploré de la chimie médicale promet une riche moisson à ceux qui entreront dans la voie que M. Quinquaud ouvre par ses travaux et ses découvertes. De plus, comme il le dit avec raison dans la préface de ce volume : « Cette rénovation com- « mencée autour de nous ne doit pas s'accomplir sans nous. La France après avoir brillé « d'un vif éclat dans toutes les branches des connaissances humaines, ne saurait aujourd'hui « se désintéresser de l'une d'elles. Noblesse oblige. »

Ce premier volume d'un ouvrage, qui sera considérable, comprend d'importants chapitres de chimie : *dosage de l'hémoglobine par la méthode de la décolorimétrie et la spectrophotométrie*, nouveaux procédés de *dosage de l'urée;* exposition de la *méthode de Schützemberger* pour *l'étude des albuminoïdes.* Mais ces procédés d'analysie chimique ne sont pas seulement exposés et discutés, M. Quinquaud fait connaître aussi ceux dont il est l'inventeur, et ils sont nombreux.

D'autres chapitres intéressent plus directement le physiologiste; tels sont ceux qui ont pour titre : *Recherches de physiologie pathologique sur la respiration*; *Méthode pour l'étude de la physiologie pathologique*; *Mesure de la masse totale du sang chez l'animal vivant.* Le clinicien et le médecin légiste ne liront pas, avec moins d'intérêt, les pages qui sont consacrées : *à l'action de l'arsenic dans le diabète artificiel et le diabète spontané*, ou bien : à la question actuelle et encore à l'étude des *ptomoïnes* ou *alcaloïdes cadavériques.*

Ce traité comprendra six volumes. Nous aurons donc l'occasion de revenir sur cette œuvre importante, et honorable pour le laborieux médecin qui en est l'auteur. — Ch. Eloy.

De la constitution élémentaire des tissus, par M. Estor. Montpellier et Paris, 1882. — Boulet et A. Delahaye.

Cette brochure, qui est la reproduction d'une partie du cours d'anatomie pathologique et d'histologie, a pour but de démontrer l'existence dans tous les éléments de nos organes et de nos tissus, des granulations de l'ordre des ferments; c'est-à-dire des microphytes et des microzymas. Cete théorie est celle de M. Béchamp; elle est en désaccord avec les conclusions de M. Pasteur et de ses élèves. Nous n'entrerons pas ici dans la discussion des faits; mais il

n'est pas inutile de reproduire les lignes suivantes dont M. le professeur Estor fait précéder la première de ses leçons : « Ces travaux, dit-il, ont le sort des vérités nouvelles. La réunion « des Sociétés savantes à la Sorbonne... n'a pas cru devoir leur adresser la moindre mention, « le moindre encouragement. » Présentés à l'Institut, « ils ne figurent aux comptes rendus « de l'Académie des sciences; au lieu d'encouragement, nous pourrions publier des lettres « des membres de l'Institut, cherchant au nom de notre intérêt personnel à nous dissuader de « marcher plus avant dans la voie ouverte. » Les microbes et les microzymas seraient donc de caractères peu accommodants. D'après le témoignage de M. Estor, ils auraient des instincts très belliqueux! C'est un des motifs qui feront lire cette intéressante brochure et lui donneront place parmi les pièces qui servent à l'instruction du grand procès des infiniments petits! — C. E.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 23 février au 1er mars 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,194. — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 9. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 47. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 61. — Phthisie pulmonaire, 227. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 72. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 64. — Bronchites aiguës, 56. — Pneumonie, 90. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 58 ; au sein et mixte, 20; inconnus, 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 122; circulatoire, 63 ; respiratoire, 87; digestif, 54 ; génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 12. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 6.

Résumé de la 9e semaine. — Il a été notifié, pendant la 9e semaine, au service de la statistique municipale, 1,254 naissances et 1,194 décès.

Ce dernier chiffre est sensiblement égal à celui de la semaine précédente, qui était de 1,198. Il est toutefois supérieur encore à la moyenne des quatre dernières semaines, qui était de 1,174.

A l'égard des affections épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (31 décès au lieu 34), la Variole (9 au lieu de 11).

Une aggravation pour la Diphthérie (47 au lieu de 38).

La Rougeole a encore causé, comme pendant la 8e semaine, 23 decès. Les quartiers les plus frappés sont ceux des *Grandes-Carrières*, de *la Roquette*, du *Père-Lachaise* et du *Montparnasse*.

Quant à l'épidémie diphthérique sa répartition locale est fort inégale.

A l'égard des cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux, du 19 au 25 février, diffère très peu de la précédente. Les chiffres d'admission sont pendant cette période : pour la Diphthérie, 36; la Variole, 31; la Fièvre typhoïde, 76. Ceux du dernier Bulletin étaient : 34, 30, 67.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 10 mars 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Lecture d'un travail intitulé : « De la disparition des zones hystérogènes de la colonne au point de vue du traitement de la grande hystérie », par le docteur Hippolyte Baraduc, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. — 2° Quelques considérations sur la théorie de la goutte, par M. Durand-Fardel. — 3° Observation d'ataxie locomotrice consécutive à des accidents de décompression brusque par rupture d'un scaphandre, par M. Charpentier.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS DE LADRERIE CHEZ L'HOMME;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 octobre 1882,

Par M. RATHERY, médecin du Bureau central.

Messieurs, déjà en 1880, j'ai eu l'honneur de vous communiquer la relation d'un cas de ladrerie observé chez l'homme, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Grancher, que je suppléais alors comme médecin du Bureau central. C'est encore à l'hôpital Tenon, dans le service provisoire dont j'ai été chargé pendant le premier semestre de cette année, que j'ai rencontré un nouvel exemple de cette curieuse affection. Bien que, cette fois, je n'aie point noté la remarquable coïncidence de la ladrerie et de l'expulsion du tænia chez le même individu, l'histoire de mon malade ne m'en paraît pas moins utile à rapprocher de l'intéressante observation que mon excellent collègue, M. Troisier, vous a communiquée dans la dernière séance de la Société.

Voici d'abord l'observation, rédigée d'après les notes recueillies par M. Chochon-Latouche, interne provisoire.

Alexandre A..., âgé de 54 ans, entre dans mon service, à l'hôpital Tenon, le 13 février 1882.

Cet homme, d'une bonne santé habituelle, a eu le scorbut pendant la guerre de Crimée. Pas de traces d'alcoolisme, pas d'attaques antérieures de rhumatisme musculaire ou articulaire. Les artères radiales et fémorales ne paraissent point athéromateuses.

Depuis plusieurs années, A... est sujet à des palpitations, qui, dans ces derniers temps, ont augmenté de violence et de fréquence.

FEUILLETON

CAUSERIES.

SOMMAIRE. — Encore la blessure de M. Gambetta : trajet singulier parcouru par la balle. — Inflence des diathèses sur la blessure. — La falsification du sulfate de quinine jugée par le *Times*. — Les réquisitions de médecins par les agents de l'autorité. — Erreur de diagnostic commise par un gendarme. — La supériorité des laboratoires allemands. — On demande un naturaliste pratique.

Encore une illusion perdue. Je croyais en avoir fini avec tous les racontars qui ont voltigé dans toutes les presses sur la mort de Gambetta, mais voilà qu'un article déjà vieux, mais jusqu'alors resté inaperçu de Simplissime, vient me forcer à rompre encore une plume en faveur de la vérité des faits.

M. le docteur Edouard Fournié a écrit cette phrase dans la *Revue médicale* du 27 janvier dernier :

« Un projectile (peu importe le mode d'impulsion première, l'intérêt scientifique nous occupe seul ici) pénètre dans la paume de la main et va sortir par l'avant-bras avec une impulsion suffisante, — car il n'avait pas été amorti par un plan osseux, — pour perforer les habits et l'abdomen dans le flanc droit, au niveau de la fosse iliaque.

« En ce moment, M. Gambetta était assis et le bras porté en avant. »

L'intérêt de la science qui nous guide seul, comme notre confrère, nous a fait rechercher le chemin parcouru par la balle pour aller de la main portée en avant au flanc droit. Que nos

Le jour de son entrée, nous constatons chez ce malade tous les signes d'une affection cardiaque arrivée à la période asystolique. Palpitations, dyspnée, œdème des membres inférieurs, ascite. Le cœur est notablement hypertrophié, la pointe est abaissée. A l'auscultation, on entend à la base un bruit de souffle diastolique, se prolongeant à droite dans la direction de l'aorte. Il existe, en outre, un léger souffle systolique à la pointe. On constate des signes de bronchite avec congestion pulmonaire bilatérale assez intense. Le pouls ne présente point nettement accusés les caractères du pouls de Corrigan. On ne trouve pas de double souffle crural. Le foie paraît petit. Pas d'albumine dans les urines. Je diagnostique une insuffisance aortique avec coïncidence probable d'un léger degré d'insuffisance mitrale.

Relativement à la marche ultérieure de cette affection cardiaque, je me bornerai à ajouter que, deux jours après l'entrée du malade, je me décidai à pratiquer la ponction de l'abdomen; je retirai ainsi environ 3 litres de sérosite citrine. Il y eut un soulagement très marqué, mais le 25 (il y avait alors plusieurs cas d'érysipèles dans la salle), une poussée érysipélateuse se produisit autour de la plaie de la ponction, et le 2 mars, nous vîmes apparaître un érysipèle de la face qui dura jusqu'au 20. Malgré ces complications, sous l'influence du repos et du traitement habituel, les signes d'asystolie disparurent progressivement, la convalescence s'affermit de jour en jour; bien entendu les phénomènes stéthoscopiques restèrent les mêmes, mais, en dehors de quelques accès d'étouffement et de palpitations, A... se trouvait assez bien, à la fin d'avril, pour demander à être envoyé à Vincennes.

J'ai hâte d'arriver à la partie vraiment intéressante de cette observation.

En examinant la région précordiale de cet homme, je fus, dès le premier jour, frappé par l'existence, au niveau du muscle grand pectoral gauche, d'une petite tumeur, dépassant à peine le volume d'un noyau de cerise, dure, très mobile, roulant sous la peau et qui me rappela tout à fait les kystes que j'avais observés deux ans auparavant chez un homme atteint de ladrerie. Je m'empressai de rechercher s'il n'existait point d'autres tumeurs analogues en d'autres points du corps, et, effectivement, je ne tardai point à en découvrir plusieurs autres. A... nous raconte alors que, depuis deux ans environ, il s'est aperçu dans différentes parties du corps de la présence de petites grosseurs analogues, d'ailleurs parfaitement indolentes et qui ne le préoccupaient en aucune façon. Il affirme même qu'au début ces grosseurs étaient beaucoup plus nombreuses qu'elles ne le sont aujourd'hui, et que plusieurs d'entre elles ont disparu sans laisser aucune trace. Actuellement, ces tumeurs sont au nombre de 15 à 17, ainsi réparties :

1 à la tempe gauche; — 1 au bras gauche; — 2 à la partie interne du bras droit; — 2 ou 3 sous les muscles grands pectoraux de chaque côté; — 1 dans la fosse sus-épineuse droite; — 2, situées symétriquement sous chaque mamelon; — 2, situées à gauche et à droite, dans la région lombaire.

Il n'en existe pas sous la langue, non plus qu'aux membres inférieurs.

---

intelligents lecteurs, que nos aimables lectrices veuillent bien se donner la peine de porter leur main droite en avant, comme s'ils voulaient arrêter une balle qui va les atteindre. Suivez-bien :

La balle pénètre dans la main, au niveau de la racine du pouce, et sort à quelques centimètres au-dessus du poignet, par la face opposée, après avoir traversé ledit poignet. Où va la balle? Derrière vous, en dehors de vous. Mais quelque position que vous donniez à votre bras et à votre main, il est impossible, en supposant même que la balle ait dévié considérablement, que celle-ci ait pu atteindre le flanc droit. En d'autres termes, si quelque savant, ferré sur les mathématiques et la géométrie, peut arriver à mettre en ligne droite (étant donnée une position naturelle quelconqne de l'avant-bras porté en avant) la paume de la main, la face postérieure de l'avant-bras et la fosse iliaque, je consens à ce que M. Edouard Fournié lui-même en face l'expérience sur ma chétive personne, avec un révolver aussi américain que possible.

Si M. Gambetta a reçu une balle dans le flanc droit, je vous prie de croire qu'elle avait pris, pour y arriver, un autre chemin que le poignet du blessé. Mais puisque cinq professeurs de la Faculté et d'autres médecins dignes de foi ont pris la responsabilité, après examen, du rapport de M. Lannelongue, j'aime mieux me ranger du parti de ceux qui ont vu, et qui affirment qu'une chose n'est pas, que de celui d'un écrivain, qui, n'ayant pas vu, affirme que la chose a été. Je ne dis pas que la pérityphlite de M. Gambetta n'a pas été causée par un corps étranger; mais comme ce corps étranger n'a pas été retrouvé, on ne peut dire que c'était une balle de revolver; on peut dire, au contraire, que ce n'en était pas une, puisque dix personnes compétentes affirment que la porte d'entrée, c'est-à-dire une cicatrice, n'existait pas.

La plupart de ces petites tumeurs paraissent très superficielles, sous-cutanées ; quelques-unes cependant paraissent plus profondément situées dans les interstices des fibres musculaires. Leur volume est variable; la plupart sont petites, ne dépassant pas le volume d'un noyau de cerise; quelques-unes un peu plus grosses. Leur consistance est dure avec un certain degré de rénitence, donnant en un mot la sensation de petits kystes. Il n'existe du reste aucun trouble fonctionnel qui puisse être rapporté à la présence de ces tumeurs ; elles ne provoquent même localement aucune douleur, ni même aucune gêne.

Je ne doutai pas dès lors de la nature de ces singulières petites tumeurs, je les regardai comme dues à la présence dans leur intérieur du cysticercus cellulosœ, et je posai le diagnostic de ladrerie. Il restait pour confirmer ce diagnostic à pratiquer l'extraction de l'un de ces petits kystes, afin de pouvoir examiner son contenu. Malgré l'innocuité de cette petite opération, je crus plus prudent de la différer de quelques jours, en raison de l'état asystolique et surtout des poussées érysipélateuses intercurrentes. Vers la fin de mars, cependant, ayant obtenu l'assentiment du malade, un de ces kystes put être extrait et son contenu examiné par M. Doyen, interne de l'hôpital.

A cet effet, on pratiqua une boutonnière dans la peau de la partie antérieure du bras droit, et l'on tomba immédiatement sur le kyste dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce kyste, facilement énucléé, est blanc laiteux, de la grosseur d'un noyau de cerise environ; en l'examinant par transparence, il est facile de voir qu'il est formé par une enveloppe fort mince, contenant un liquide dans lequel nage un petit corps opaque du volume d'une tête d'épingle.

En ouvrant le kyste, il s'écoula une ou deux gouttes de liquide incolore, d'aspect albumineux. Quant au petit corps solide porté sous le champ du microscope, il présente une forme arrondie, et ce n'est qu'après une certaine préparation qu'on peut voir le cysticercus cellulosæ. L'animal était, en effet, invaginé, et ce n'est qu'après avoir détruit cette invagination qu'on arrive à l'étendre sur la lame de verre ; on voit très nettement alors son corps arrondi, surmonté d'un col étroit qui porte une tête munie de ventouses et de crochets caractéristiques.

Nous sommes donc bien en présence du cysticercus cellulosæ, c'est-à-dire du scolex du tænia solium, et notre malade est atteint de la maladie connue en helminthologie sous le nom de ladrerie.

Au point de vue étiologique, cet homme habite Paris depuis 1862, il mange chez lui et ne se nourrit point habituellement de charcuterie, mais il a usé quelquefois de viande de porc de provenance américaine. Ajoutons qu'interrogé à plusieurs reprises à cet égard, ce malade nie avoir jamais rendu par les selles de ver solitaire ou rien qui ressemblât à des anneaux de tænia.

Quelques jours après sa sortie pour Vincennes, A... rentra de nouveau dans mon service, présentant encore des symptomes d'asystolie, œdème des jambes, congestion pulmonaire,

---

***

Voici une autre opinion tout aussi risquée.

« La cause de la pérityphlite qui a emporté M. Gambetta, dit encore M. Fournié, résidait-elle dans un état général très mauvais? D'après des amis, tout au moins maladroits, il était affligé de cinq maladies différentes qui pouvaient expliquer sa mort. Eliminons cette cause. En 1870, sur la recommandation de son ami Fieuzal, nous avons soigné, pendant une quinzaine de jours, M. Gambetta pour une laryngite tenace, et nous avons pu nous assurer qu'il était doué d'une fort bonne constitution. En admettant que l'état ait changé depuis, nous avons un autre critérium pour affirmer l'état de bonne santé de l'homme. Celui qui a le poignet traversé par une balle et qui guérit en moins de quinze jours sans suppurer, celui-là n'a pas une constitution acquise malsaine.

« Nous sommes donc autorisé à conclure qu'il faut éloigner les diathèses et autres causes générales dans la recherche des causes de la pérityphlite. »

Je n'ai pas compté les maladies de M. Gambetta, et je ne sais s'il en avait quatre ou cinq. Mais ce que je sais bien, c'est qu'il était albuminurique, et au contraire de M. Fournié, je ne puis éliminer cette cause d'inflammation. De ce que la blessure du poignet a guéri sans inflammation, je n'en conclus pas que la constitution du blessé était saine; mais j'en conclus que le pansement antiseptique, aidé de l'immobilisation du membre, a empêché cette inflammation de se développer. Tous les chirurgiens savent cela. Un sujet dont l'état général est malsain, peut se blesser impunément ou à peu près, depuis que les pansements antiseptiques sont employés; mais s'il survient, immédiatement après la première, une seconde maladie chez le même sujet, rien ne dit que la seconde jouira de la même immunité

un peu d'ascite. Nous ne constatâmes pas de modification notable dans les résultats de l'auscultation cardiaque. Le souffle systolique de la pointe est seulement un peu plus fort qu'au début. Cette fois encore, sous l'influence du repos et du régime de l'hôpital, les phénomènes asystoliques ne tardèrent point à s'amender, quoiqu'un peu plus lentement que lors de son premier séjour, et lorsque nous quittâmes l'hôpital le 1er juillet, A... était dans un état relativement satisfaisant.

Nous ne constatons aucune modification appréciable dans le nombre et le volume des kystes.

Réflexions. — Je vous demande la permission de m'arrêter un instant sur quelques points qui me paraissent dignes d'attention.

1° C'est d'abord le petit nombre des kystes. Chez ce malade, malgré les recherches les plus minutieuses, nous ne sommes pas parvenus à en découvrir plus de 15 à 17 au maximum, quelques-uns très superficiellement situés, presque sous la peau, quelques autres un peu plus profonds, paraissant situés dans les interstices des fibres musculaires. C'est là, du reste, une remarque qui a été faite par presque tous les auteurs et en particulier par M. Boyron dans l'excellente thèse (Paris 1876) où il a étudié comparativement la ladrerie chez l'homme et chez le porc. Dans l'observation de M. Troisier, les tumeurs étaient au nombre de 20 environ. Dans celle que j'ai communiquée à la Société le 13 février 1880, il y en avait une trentaine au maximum. Dans la même séance, M. Duguet vous rapportait une autre observation où elles étaient un peu plus nombreuses (80 environ). Les cas de ladrerie chez l'homme où les kystes furent trouvés les plus nombreux, sont celui de Broca (375), celui de M. Lancereaux (plus de 1,000), et celui de MM. Debove et Bonhomme (2,000 environ). Il n'en est pas moins vrai que le petit nombre des tumeurs ladriques chez l'homme est digne de remarque, surtout si on le compare à la quantité presque innombrables des kystes chez le porc ladre.

2° Relativement au siège topographique, on a noté dans presque toutes les observations la prédominance de tumeurs dans la région sus-diaphragmatique du corps. C'est ce que j'avais déjà observé chez le malade dont je vous rapportais l'histoire en 1880. Chez l'homme dont il s'agit aujourd'hui, toutes les tumeurs étaient encore situées dans la partie supérieure du corps (tempe gauche, poitrine, bras, lombes). Aucune n'occupait les membres inférieurs. Notons également dans mes deux observations l'absence de vésicule sous la langue. On sait que chez le porc, la présence

---

que la première. Il en est du rôle des maladies, chirurgicales ou non, vis-à-vis des diathèses, comme de celui d'un boulet de canon vis-à-vis d'une muraille; on peut tirer dix boulets sur une muraille avant de parvenir à l'enfoncer; cela dépend de la résistance du mur et de la force du canon; de même pour les maladies, la première peut ne pas réveiller la diathèse, que la seconde fera éclater et qui aggravera la maladie jusqu'à la mort inclusivement. Voilà pourquoi, selon nous, la blessure du poignet s'est cicatrisée, et pourquoi la perforation du cœcum a pu provoquer une inflammation diffuse qui a entraîné la mort.

***

Je viens vous annoncer une grande nouvelle !
Nous l'avons en dormant, madame, échappé belle.

Rassurez-vous; ce n'est ni une planète ni une comète, qui ont failli heurter notre globe, mais nos journaux qui ont fortement heurté les sentiments de délicatesse commerciale, bien connus d'ailleurs, des Italiens et des Allemands. La presse italienne et allemande a jeté feu et flamme, et si les feuilles étrangères avaient été des feuilles de roses, nul doute qu'elles ne fussent arrivées à faire déborder la coupe. Heureusement il paraît que tout va s'arranger. Voici comment le *Times* a raconté le fait.

Il y a à Milan une manufacture de produits chimiques qui s'est amalgamée, depuis quelque temps, avec une fabrique allemande analogue. Pendant la dernière épidémie typhoïde à Paris, la fabrique de Milan fournit à une maison de Paris une quantité considérable de sulfate de quinine pour les hôpitaux. On s'aperçut un beau jour que ce sulfate, qui coûte 450 fr. le kilogramme, était mêlé à une substance qui n'en coûte que 150. Le médicament falsifié

de la vésicule sublinguale est la règle, c'est au contraire la très grande exception chez l'homme.

3° J'insisterai encore sur l'indolence et l'absence de tout trouble fonctionnel imputable à la présence des tumeurs. Cette absence de tout retentissement sur la santé générale est la règle chez l'homme. Ce fait mérite d'être signalé, lorsque l'on se rappelle que chez le porc la ladrerie, d'après M. Davaine, est constamment mortelle, et que les animaux ne vivent guère au delà de deux ans au maximum. Chez l'homme, au contraire, le pronostic est toujours bénin. C'est à peine si, dans quelques observations, on trouve signalés quelques troubles ou quelques douleurs en rapport avec la multiplicité ou certaines localisations spéciales des tumeurs. En l'espèce, c'est pour ainsi dire par hasard que je fus amené à la découverte des kystes. Cet individu entrait à l'hôpital pour une affection cardiaque complexe, consistant principalement en une insuffisance aortique. En examinant et en percutant la région précordiale, je fus frappé par la présence d'une petite tumeur dure, mobile, paraissant siéger sous la peau. La sensation que j'éprouvai alors me rappela tout à fait celle que j'avais perçue lors de l'examen de mon premier malade en 1880. Notre homme, pressé de question, nous signala alors cinq ou six autres tumeurs analogues en d'autres points du corps, mais, celles-ci n'étant acompagnées d'aucune espèce de douleur ni même d'une simple gêne, A... ne s'en inquiétait nullement. C'est par une recherche attentive que nous arrivâmes à déceler la présence d'un certain nombre d'autres kystes, dont le malade ignorait complètement l'existence. La petitesse des tumeurs, leur indolence absolu, leur petit nombre expliquent très bien comment, en pareille circonstance, l'existence de ces tumeurs pourrait parfaitement passer inaperçue. En tenant compte de ces faits, je serais même porté à penser que la ladrerie est peut-être un peu moins rare chez l'homme que l'on ne pourrait l'inférer du petit nombre des observations publiées.

Quant au pronostic, non seulement l'existence de ces tumeurs sous la peau ou dans l'interstice des fibres musculaires, paraît compatible avec un état parfait de la santé, mais il paraît même y avoir souvent, en dehors de toute intervention thérapeutique, une tendance spontanée à la résorption de ces tumeurs. Lors de son entrée à l'hôpital, notre malade nous affirme qu'il avait antérieurement constaté la présence de plusieurs kystes actuellement disparus. Depuis le mois de février, époque de son entrée, jusqu'au 1er juillet, moment où je quittai le service, les tumeurs étaient restées stationnaires et aucune nouvelle tumeur ne s'était montrée. Je rap-

---

fut refusé, et les journaux français dénoncèrent les manufactures allemandes et italiennes comme frauduleuses. Ceci causa une grande sensation en Italie et en Allemagne. Le directeur de la manufacture milanaise vint à Paris, et on découvrit que c'était la maison de Paris qui avait substitué la substance bon marché au vrai sulfate de quinine, fait que le chef de la maison de Paris, lui-même, reconnaît dans une lettre adressée au directeur de la fabrique lombarde. Ce dernier a depuis intenté une action contre la maison de Paris; mais bien que les journaux français, et en particulier *Le Temps*, aient reconnu leur erreur, les journaux d'Allemagne et d'Italie continuent à manifester une grande irritation d'une accusation qui aurait pu jeter le discrédit sur leurs produits chimiques respectifs. Cependant, il faut espérer que l'aveu de leur faute, de la part des Journaux français, mettra fin à une discussion qui ne tend qu'à aigrir les sentiments entre les trois nations.



L'*Union médicale* s'est occupée à plusieurs reprises, et tout récemment encore, des réquisitions des médecins par des agents de l'autorité. M. le docteur Thomas, dans la *Gazette hebdomadaire*, rapporte une anecdocte qui n'est pas dépourvue d'intérêt.

« Il y a en France d'assez singulières traditions sur les droits des médecins requis. J'ai connu un brigadier de gendarmerie actif, remuant, ayant même une pointe d'ambition. Par malheur, il n'avait guère l'occasion d'exercer ses qualités dans le modeste chef-lieu de canton où le hasard l'avait placé : des procès de lanterne, parfois un délit de chasse, c'était tout ce qu'on eût pu trouver dans les archives de la gendarmerie.

« Un beau soir du mois de juin, le brigadier, revenant avec un de ses hommes d'une com-

pellerai que, chez mon premier malade, l'examen microscopique nous montra dans l'un de ces kystes un commencement de régression graisseuse. L'observation que M. Duguet vous a communiquée à cette époque, est très instructive à ce sujet. Chez son malade, notre collègue a pu en effet assister à la disparition graduelle de presque toutes les tumeurs : tandis qu'au mois d'août, elles étaient au nombre de 80 environ, c'est à peine si l'on en trouvait 7 à 8 au mois de février suivant; encore plusieurs de ces dernières avaient-elles considérablement diminué de volume. Sans donc rejeter d'une manière générale toute intervention thérapeutique (écrasement, excision, électro-puncture, etc.), il nous semble que du moins dans les cas où, comme chez les deux malades observés par moi, les tumeurs sont peu nombreuses et tout à fait indolentes, on est autorisé par les faits précédents à s'abstenir de tout traitement et à les abandonner à elles-mêmes.

4° Il est enfin un dernier point que je n'aborderai qu'avec la plus extrême réserve. L'individu qui fait le sujet de notre observation était atteint d'une lésion cardiaque complexe (insuffisance aortique et probablement lésion mitrale concomitante). Or, malgré un interrogatoire attentif, nous ne pûmes retrouver dans les antécédents de cet individu le point de départ de son affection cardiaque. Ne pourrait-on supposer que celle-ci était en rapport avec l'existence de kystes développés dans la substance charnue du cœur?

On trouve bien en effet, dans l'ouvrage si complet de M. Davaine, 6 cas de cysticerques développés dans les parois du cœur, mais presque toujours il s'agit de trouvailles d'autopsie. Dans un seul fait, dû au docteur Ferrall (de Dublin), on avait constaté, trois mois avant la mort, de l'anasarque, de l'ascite, de l'œdème des poumons avec des palpitations de cœur et de l'albumine dans les urines. Jusqu'à quel point les désordres cardiaques observés chez notre malade étaient-ils indépendants de la présence des kystes dans les parois musculaires du cœur? Théoriquement, on comprendrait assez bien comment des kystes à cysticerques, développés dans les parois des ventricules, pourraient amener une lésion du côté de la mitrale, soit en gênant mécaniquement le jeu des muscles papillaires ou des cordages tendineux, soit en produisant une endocardite de voisinage. L'explication me paraît plus difficile en ce qui concerne l'orifice aortique. Aussi suis-je plus porté à ne voir dans le fait actuel qu'une simple coïncidence. C'est là, du reste, un point sur lequel, en l'absence d'autopsie, il m'est impossible de me prononcer. Aussi bien, le malade étant encore à l'hôpital lorsque je l'ai quitté, peut-être quelqu'un de mes collègues

---

mune voisine, faisait d'amères réflexions sur la placide vertu de ses compatriotes et la rareté des crimes. Tout à coup il découvre, dans un champ de seigle, une coulée toute fraîche avec des traces de sang. Notre homme écarte délicatement les épis, arrive à l'extrémité du trajet. Horreur! il se trouve en présence d'une petite masse charnue et informe... Pour le coup, il tient sa cause célèbre : avortement criminel; enquête habilement menée, témoignage à la cour d'assises, félicitations du président, enfin l'avancement attendu si longtemps. Le zélé brigadier voyait tout cela comme dans un songe. Il laisse son gendarme en faction, sabre nu sur le lieu du crime, court chez le médecin qui venait justement de rentrer et lui fait part de sa découverte.

« Celui-ci l'écoute d'une oreille distraite; mais, en présence d'une réquisition, il n'y avait pas à hésiter. On attelle, et au bout d'une demi-heure on était dans le champ suspect. A peine le docteur tenait-il entre les doigts le *corpus delicti*, qu'un homérique éclat de rire scandalise les deux militaires qui s'apprêtaient à verbaliser.

« Allons, mon ami, dit-il au brigadier, n'ébruitons pas la chose, on s'est moqué de vous et voilà tout; votre prétendu fœtus n'est qu'une taupe écorchée! »

L'épilogue est moins gai que l'histoire. Quand le médecin réclama une vacation de 6 francs, on lui demanda un bon de réquisition qu'il n'avait pas. Il n'obtint pour sa course de plusieurs kilomètres et sa leçon d'anatomie comparée aux gendarmes, qu'une lettre assez impertinente du procureur impérial, l'informant que sa demande d'honoraires était mal fondée.

En Angleterre, ajoute M. Thomas, on eût payé et bien payé, et nous conseillons à nos législateurs, quand ils réviseront la partie du code consacrée aux honoraires des médecins requis, de tenir compte du fait suivant.

« Dernièrement, le docteur Arthur Roberts écrivait à peu près en ces termes au *Britisch*

pourra-t-il nous donner des renseignements sur l'évolution ultérieure de la maladie.

HYDROLOGIE

ÉTUDE SUR L'EAU FERRUGINEUSE BICARBONATÉE D'OREZZA (CORSE),

A 603 mètres d'élévation, à 30 kilomètres de Bastia, et à une faible distance de la mer.

La médication ferrugineuse tient une place considérable dans la thérapeutique, et les eaux ferrugineuses une place non moins grande dans la médication thermale. Les indications de l'une et les applications des autres sont donc des plus étendues, et offrent un sujet d'étude d'un haut intérêt, auquel peuvent se prêter comme type les eaux d'Orezza.

Presque toutes les eaux minérales contiennent du fer, un certain nombre seulement dans une proportion suffisante pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte. Parmi celles-ci, la qualité ferrugineuse se trouve souvent dominée par d'autres principes plus essentiels, et qui président plus directement à leur spécialisation. Il en est ainsi des sources ferrugineuses de Royat, de Vichy, de Vals, de la Malou, etc.

D'un autre côté, une eau minérale qui ne nous offrirait que du fer ne serait qu'un médicament ferrugineux comme un autre, meilleur sans doute, mais dépourvu des qualités inimitables que les eaux minérales doivent à leur constitution complexe. Tel paraît être le fait de cette multitude de filets ferrugineux qui laissent le long des chemins des traces ocracées.

Je pense donc que l'on ne doit admettre, dans la classe des ferrugineuses, que les eaux minérales où, tandis que le fer y existe lui-même en proportion thérapeutique, les autres principes s'y rencontrent en trop faible proportion pour imprimer à ces eaux des caractéres spéciaux.

Cependant, ce n'est pas seulement par la proportion du fer qu'elle contient qu'il convient d'apprécier la valeur d'une eau ferrugineuse, c'est encore, et surtout, sur les conditions dans lesquelles il y existe.

La condition essentielle est la présence du gaz acide carbonique. Il faut que ce gaz existe en proportion suffisante pour maintenir le fer à l'état de bicarbonate soluble, et en proportion excédente pour que l'eau minérale soit facile à introduire et à tolérer. Il est à remarquer du reste que, en dehors des sulfurées sodiques, l'usage interne des eaux minérales et leur tolérance par l'estomac sont en rapport direct avec la proportion de gaz carbonique, libre ou émanant des bicarbonates, qu'elles renferment.

Sous ce double rapport, les eaux d'Orezza ne laissent rien à désirer, puisqu'elles contiennent

---

medical Journal : « J'ai été requis par un juge de paix pour examiner un individu que l'on supposait atteint d'aliénation mentale, et faire un rapport sur le cas. Que m'est-il dû? — Deux guinées pour la visite et cinq guinées pour le rapport. » En tout 175 fr.; cela valait mieux sûrement qu'une collection d'autographes du procureur impérial. Voilà un tarif que la plupart des médecins français aimeraient à voir adopter par les magistrats. »

***

Nous savons tous que la science allemande est la première des sciences, que leurs laboratoires sont mieux aménagés et subventionnés que ceux de tout le reste du globe, et que les travaux qui en sortent sont bien supérieurs à ceux de nos compatriotes. Mais que résulte-t-il de toute cette supériorité? Une lettre écrite à l'*Athenæum* de Londres, à propos des efforts inutiles d'un explorateur anglais pour s'adjoindre un naturaliste, nous le fait pressentir.

« Il est singulier que dans toute l'Angleterre on n'ait pas pu trouver un naturaliste pour accompagner M. Thomson. En Allemagne, nous ne venons pas à bout non plus de trouver un naturaliste expérimenté pour accompagner le docteur Emin, qui s'engage à défrayer toutes les dépenses; mais ce n'est pas étonnant, car, d'une part, nous avons moins de voyageurs sérieux que vous, et, d'autre part, tous ceux de nos jeunes gens qui s'occupent de science sont disciples de Hœckel. Ils savent se servir du microscope et connaissent l'anatomie des tissus les plus délicats; mais ils sont incapables de déterminer une plante ou un animal, et c'est précisément ce qu'on leur demande. »

Est-ce que, par hasard, toute cette montagne de travaux n'accoucherait même pas d'une souris? Un brigadier de gendarmerie peut être excusable de prendre une taupe écorchée pour un fœtus; mais un élève de Hœckel incapable de déterminer une plante ou un animal, c'est surprenant!

SIMPLISSIME.

0 gr. 128 de carbonate de protoxyde de fer, proportion considérable pour un principe que les eaux minérales ne peuvent jamais contenir qu'en faible quantité, et 1 litre 248 de gaz carbonique, libre ou provenant des bicarbonates. (Analyse de Poggiale, 1858.)

Les eaux d'Orezza ne contiennent pas seulement les agents essentiels de leur caractéristique thérapeutique, le fer et le gaz carbonique. Leur composition est plus complexe.

On y trouve d'abord le manganèse, dont Pétrequin a signalé l'importance de l'adjonction au fer. (*Bulletin de thérapeutique*, 1852). Les carbonates de chaux et de magnésie, par leur propre instabilité, assurent la présence d'un excès de gaz carbonique et laissent des bases qu'il ne faut pas négliger. Des chlorures, sodique et potassique, la lithine, l'arsenic, le cobalt, viennent compléter l'ensemble de cette minéralisation.

Quelle peut être la signification précise de chacun de ces principes et la part qu'ils prennent à l'action des eaux d'Orezza? Il paraît difficile de le déterminer. Mais il convient de reproduire à ce sujet les considérations suivantes :

Les eaux minérales qui se trouvent le plus nettement sous la dépendance d'un principe actif prédominant, les sulfurées, les chlorurées et les bicarbonatées sodiques, présentent des appropriations qui, pour leur énergie comme pour leur extension, dépassent de beaucoup les applications déterminées de ces mêmes principes.

C'est là ce qui constitue la grande spécialité de la médication thermale. Quelque part que l'on puisse supposer aux conditions inconnues, chimiques ou dynamiques, qui peuvent appartenir à ces produits du sol, il faut admettre que c'est à l'adjonction complexe de principes multiples, susceptibles d'être reconnus par l'analyse, que ces eaux minérales doivent d'être ce qu'elles sont, et de dépasser dans leurs applications le cercle où devrait les enfermer la considération exclusive de leurs principes prédominants. Nous devons donc admettre, pour les eaux d'Orezza, un champ d'activité qui dépasse la considération exclusive de leur principe ferrugineux.

Quelle peut donc être la portée thérapeutique d'une eau minérale, ainsi constituée, assez riche en fer pour pouvoir en perdre une certaine proportion sans que sa caractéristique en soit altérée, assez riche en gaz carbonique pour garder indéfiniment ses qualités digestives, d'une minéralisation assez complexe pour ajouter d'autres activités à celles qu'elle doit à son principe prédominant?

L'orsqu'un état chronique s'est emparé d'un sujet, il arrive toujours un moment où il est sollicité vers la guérison, je ne parle bien entendu que des états curables. Il y est sollicité d'abord par la tendance spontanée à revenir à des conditions normales, inhérente à l'organisme; ensuite par l'éloignement des circonstances nuisibles, et par l'administration des remèdes indiqués, ainsi que par l'appel des circonstances favorables.

Mais la difficulté est que la chronicité s'accompagne en général d'un certain degré d'abaissement de l'organisme, ou de quelqu'une de ses parties, lequel peut être la conséquence de l'état morbide, mais est devenu aussi une cause de sa persistance. C'est ainsi qu'il arrive si souvent qu'on a beau cicatriser par la cautérisation des granulations ou des ulcérations du col utérin, celles-ci reparaissent aussitôt, au même point ou à côté. On a beau enrayer l'intermittence par la quinine, l'intermittence ne tarde pas à reparaître. Il y a une double réaction de l'état morbide sur le système et du système sur l'état morbide qui frappe de stérilité les médications les mieux appropriées.

Il faut, pour sortir de là, *reconstituer* l'organisme : telle est l'expression consacrée. Un des plus puissants reconstituants de l'organisme est le fer, et par conséquent les eaux ferrugineuses, qui sont un mode supérieur d'administration de ce médicament. C'est à ce titre qu'elles agissent, bien plutôt que comme agent direct de guérison de tel ou tel état morbide.

Ces considérations s'appliquent parfaitement aux eaux d'Orezza. Il en résulte que celles-ci ont à intervenir utilement dans toutes les circonstances où le fer est indiqué, et ne se trouve pas contre-indiqué par des conditions d'irritabilité absolue ou relative de l'organisme ou de quelque système en particulier.

Il n'est point nécessaire d'énumérer les circonstances dans lesquelles se rencontrent de telles indications. Elles sont bien connues, et peuvent se résumer dans une série de groupes comprenant : les dyspepsies simples ou atoniques, les grandes névroses, l'impaludisme, les maladies de matrice, enfin les anémies accidentelles ou constitutionnelles et les convalescences.

En effet, ce n'est pas directement aux nombreux états morbides que comprennent ces diverses catégories que s'adresse la médication ferrugineuse, que l'on doive considérer celle-ci comme fournissant un élément devenu insuffisant dans l'économie, ou comme exerçant une action spéciale sur l'activité digestive, dans les premières voies, ou sur l'activité nutritive dans la profondeur des tissus. Ce que l'on doit attendre de la médication ferrugineuse, c'est de satisfaire aux conditions que j'ai signalées plus haut, soit en ramenant l'éco-

nomie au point où les désordres dont elle est le siège peuvent se réparer spontanément, soit en permettant à des actions thérapeutiques, impuissantes jusqu'alors, de recouvrer une efficacité nécessaire.

Les eaux d'Orezza doivent à leur constitution particulière de conserver leurs propriétés loin de leur source, et de fournir en même temps à la thérapeutique un agent médicamenteux effectif, et à l'hygiène une boisson digestive et reconstituante.

Peut-être la facilité de leur conservation fait-elle trop négliger leur usage sur place. Là, sans aucun doute, comme pour toute eau minérale, leur efficacité est bien autre encore. Assise à peu de distance de la mer qui lui envoie ses effluves, abritée par de hautes montagnes, et sillonnée par des vallées pittoresques, couronnée par des bois de châtaigniers où son altitude fait courir un air pur et vivifiant, la station d'Orezza offre des conditions hygiéniques parfaitement en rapport avec les qualités médicamenteuses qui lui appartiennent.

Dr DURAND-FARDEL.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 mars 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

M. de Lesseps annonce à l'Académie qu'il part pour un mois; il va vérifier la nature des terrains qui forment l'isthme de Gabès. Si ce sont des rochers, il faudra renoncer au percement de cet isthme, car la dépense serait trop considérable; si ce n'est, au contraire, que du sable, l'entreprise sera aussitôt commencée. Dans un mois, l'infatigable explorateur fera connaître à l'Académie le résultat de son contrôle.

M. Lacaze-Duthiers dessine au tableau la forme d'un nouvel infusoire qui vient d'être observé à l'aquarium qu'il dirige Cet infusoire, qui s'attaque aux alevins des truites et qui les fait rapidement périr, avait été signalé déjà, en 1878, par M. Fouquet.

M. Vulpian dépose sur le bureau une note de M. le professeur Hayem, relative à certaines particules du sang qu'il nomme hématoblastes et qui, en se recouvrant de fibrine sur les lèvres des vaisseaux divisés, arrêtent les hémorrhagies.

M. Duchartre signale l'influence de la lumière lunaire sur les plantes. Celles-ci s'inclinent manifestement du côté de l'astre qui les éclaire, comme elles le font pour le Soleil. Il y aurait donc un sélénotropisme comme il y a un héliotropisme.

M. Daubrée annonce que le professeur Nordenskjold se prépare à explorer les déserts et les glaciers du Groënland, afin de vérifier, — ce dont il doute, — si les glaciers groënlandais sont, ainsi qu'on le croit généralement, les plus grands du globe.

M. Brown-Sequard poursuit le cours de ses études sur l'inhibition et donne lecture d'une nouvelle note à ce sujet.

Voici les extraits de la note de M. Chauveau sur l'atténuation directe et rapide des cultures virulentes par l'action de la chaleur, que nous avons mentionnées dans le précédent *Bulletin* :

Les recherches initiales de M. Toussaint ont démontré que le chauffage du sang charbonneux est susceptible d'atténuer considérablement la virulence des *bacilli* qui y sont contenus ; j'ai démontré ensuite que cette atténuation peut être graduée, à volonté pour ainsi dire, en variant les conditions du chauffage. Je vais prouver que ce chauffage, envisagé comme méthode d'atténuation quasi-instantanée des virus, peut être appliqué aux liquides de culture artificielle avec beaucoup plus de succès encore qu'aux humeurs naturelles de l'économie animale, humeurs dont le maniement est difficile et délicat, tandis que celui des cultures est aussi simple dans les procédés que certain dans les résultats. Voici comment je procède :

J'ensemence du bouillon stérilisé avec du sang charbonneux frais. Les matras sont placés ensuite dans un thermostat, maintenu à la température + 42°, 43°, comme avec la méthode d'atténuation de M. Pasteur. Mais, au lieu de garder les matras pendant douze à treize jours dans le thermostat, on les en retire au bout de vingt heures environ, pour les soumettre, dans un autre thermostat, à la température + 47°, pendant une heure, deux heures, trois heures, quatre heures, même davantage. L'opération est alors terminée; elle n'a pas détruit la vitalité des agents virulents de la culture; mais ceux-ci ont perdu plus ou moins de leur nocuité, suivant que le chauffage a été plus ou moins prolongé.

Le premier temps de l'opération, séjour de vingt heures dans le thermostat chauffé à la température + 43°, répond à la phase de prolifération du virus. Rien de particulier à dire sur la préparation des cultures. J'emploie du bouillon de poulet léger et très clair, dans lequel je laisse tomber une goutte de sang riche en bâtonnets charbonneux. Le bouillon est bientôt rendu trouble par la formation d'un mycélium qui se fragmente en petits filaments ou courts

bâtonnets, analogues aux *bacilli* du sang frais, sur lesquels le chauffage a une si grande prise.

Le deuxième temps répond à la phase d'atténuation. Au sortir de l'étuve ou thermostat à + 43°, les matras sont placés dans le second appareil chauffant, après prélèvement d'une pipette de liquide destinée à l'essai de l'activité des cultures. Deux facteurs interviennent dans l'atténuation que le chauffage imprime à ces cultures : le degré d'élévation de la température et la durée du temps d'exposition à cette température surélevée. Si la valeur du premier de ces facteurs diminue, celle du second doit s'accroître, et réciproquement. Il résulte de mes nombreuses expériences qu'un chauffage de trois heures à la température + 47° suffit à transformer en agents inoffensifs pour le cobaye les filaments et bâtonnets de cultures primitivement très virulentes.

Le chauffage ne modifie pas l'aspect extérieur des cultures; il y suspend, en effet, toute prolifération des filaments et bâtonnets ; mais il ne s'oppose pas au développement des spores rudimentaires ; le chauffage, au contraire, en favorise la multiplication ou les fait apparaître, quand elles ne préexistent pas.

J'ai annoncé qu'avec cette méthode l'atténuation des cultures peut être graduée à volonté, en donnant au chauffage une durée proportionnelle au degré d'atténuation qu'on veut obtenir. C'est là un des points intéressants de mes recherches. Pour me renseigner avec exactitude et donner toute sûreté aux résultats de mes inoculations d'épreuve, j'ai toujours fait celles-ci sur le cobaye, en injectant sous la peau d'une cuisse une ou deux gouttes de liquide, suivant la taille des sujets. Dans ces conditions, si l'on essaye comparativement le même liquide de culture, supposé très actif, avant chauffage et après chauffage pendant une heure, deux heures, trois heures, quatre heures, voici ce qui arrive. Tous les cobayes inoculés avec le liquide non chauffé meurent rapidement, c'est-à-dire en quarante-huit heures environ, avec un œdème local considérable. Ceux qui ont reçu le liquide chauffé une heure périssent également presque tous; mais la mort arrive généralement moins vite que sur les premiers. Le liquide chauffé deux heures se montre beaucoup moins actif, car, parmi les animaux qui l'ont reçu sous la peau, les uns périssent tardivement, avec une faible infiltration locale ; les autres, en nombre égal au moins, résistent et survivent. Quant au liquide chauffé trois heures, on ne le voit jamais tuer les cobayes adultes, ni même produire d'accident local sensible. A plus forte raison, en est-il de même avec les liquides chauffés pendant quatre heures et au delà. Et cependant, les agents virulents contenus dans ces liquides inoffensifs ont conservé leur faculté prolifique : point important qui mérite d'être traité à part.

Les expériences que j'ai consacrées à cette étude comparative de l'influence de la durée du chauffage ont été extrêmement multipliées ; il y a eu certainement de nombreuses variétés dans les résultats obtenus; mais il ne s'est pas rencontré un seul cas où l'expérience n'ait présenté la marche générale qui vient d'être indiquée et n'ait témoigné dans le même sens. Les différences tiennent au degré de virulence initiale acquise par la culture pendant son développement à la température + 42°, 43°. Il arrive souvent que cette virulence est déjà gravement atteinte après une heure de chauffage à la température + 47°. Le résultat des inoculations est alors d'une simplicité caractéristique : les sujets inoculés avec le liquide non chauffé sont les seuls qui périssent, et ils périssent tous rapidement ; tous les autres survivent à l'inoculation.

D'après les expériences que j'ai pu faire, la virulence primitive serait en raison inverse, son atténuation en raison directe du nombre des spores rudimentaires qui altèrent l'homogénéité du protoplasme des filaments et des bâtonnets.

Il est donc acquis que le chauffage est un excellent moyen d'atténuer quasi instantanément les cultures virulentes préparées dans certaines conditions. Si cette atténuation pouvait être considérée comme l'indice d'une transmutation spécifique, il ne faudrait pas hésiter à mettre la chaleur au nombre des plus importants agents capables d'imprimer au protoplasme en état d'évolution des déviations transformistes.

BIBLIOTHÈQUE

De la syphilis articulaire, par M. le docteur Defontaine. — Paris, 1882. Delahaye et Lecrosnier.

La thèse inaugurale de M. Defontaine n'est pas une œuvre banale. Elle donne l'état de l'opinion et de la science médicale sur la syphilis articulaire, manifestations méconnues et trop souvent ignorées au point de vue de leur nature spécifique.

D'ailleurs, cette nature même a été mise en doute. On a prétendu, à tort, que les lésions articulaires, siégeant ailleurs que sur la synoviale ou les cartilages diarthroïdaux, ne son

pas syphilitiques. Le docteur Defontaine fait donc acte de bon sens clinique en démontrant que la syphilis articulaire peut exister là où se rencontrent des altérations du tissu cellulo-fibreux périarticulaire ou des extrémités osseuses.

Au point de vue nosologique, M. Defontaie classe les manifestations articulaires si variées de la syphilis, d'après l'époque de leur apparition. Il étudie donc les arthralgies, les arthrites, les hydarthroses, les gommes périsynoviales et les ostéo-arthropathies gommeuses, périostiques ou hyperostosiques. Telles sont les têtes de chapitres de ce mémoire, dans lequel l'étiologie, la séméiotique, le diagnostic et le traitement tiennent une équitable place. Cette thèse n'est donc pas seulement une dissertation pleine d'érudition; elle est encore, ce qui est plus rare, une œuvre de médecine pratique. Elle sera d'autant plus utilement consultée que les manifestations de la syphilis articulaire ont souvent été l'objet de graves erreurs de diagnostic. Ce travail fait donc honneur à son auteur et aux maîtres qui en ont été les inspirateurs. — C. E.

FORMULAIRE

Traitement prophylactique de la conjonctivite purulente des nouveau-nés. Stedman-Bull.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés étant occasionnée le plus souvent, d'après l'auteur, par les secrétions vaginales de la mère, pendant la période ultime de l'accouchement, on fait pratiquer pendant les derniers jours de la grossesse, des injections vaginales fréquentes avec des solutions faibles d'acide phénique ou salicylique (2 p. 100). Immédiatement après la naissance de l'enfant, les paupières fermées sont d'abord soigneusement nettoyées à l'eau fraîche; ensuite on instille dans les yeux, quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent au cinquantième, enfin pendant les premières 24 heures, on applique sur les yeux, des compresses imbibées d'une solution d'acide salicylique à 2 p. cent. — Le docteur Alshausen emploie, comme agent prophylactique, une solution d'acide phénique à 1 p. 100, avec laquelle il fait laver les yeux des nouveau-nés, et grâce à l'emploi de ce moyen, il a réduit la proportion des ophthalmies de 12 à 6 pour cent. — N. G.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 12 au 17 mars 1883.

Lundi 12 et mardi 13, pas de thèses.

Mercredi 14. — M. Amanieux : De la poudre de viande. Son administration directe, ses effets. (Président, M. Charcot.)

M. Epery : Essai sur le maté. (Président, M. Hayem.)

Jeudi 15. — M. Balacakis : Des lésions aortiques chez les ataxiques. (Président, M. Ball.)

M. Peisson : Des végétations adénoïdes du pharinx nasal. (Président, M. Cornil.)

Vendredi 16. — M. Petit : De la conception au cours de l'aménorrhée. (Président, M. Brouardel.)

M. Netter : Diagnostic précoce d'une forme de tuberculisation pulmonaire à début pleurétique. (Président, M. Brouardel.)

Samedi 17. — M. Rémy : Etude sur la tuberculose oculaire. (Président, M. Panas.)

M. Rendall : Étude sur l'albuminurie alimentaire. (Président, M. Jaccoud.)

COURRIER

Association générale des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu le 1er et le 2 avril prochain, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du Dimanche 1er Avril. — La Séance sera ouverte à *trois heures précises.* — 1° Allocution de M. le Président. — 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier. — 3° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général. — 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1882, par

M. A Foville, secrétaire général. — 5° Election de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Gosselin, Jeannel, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Simonin, arrivés au terme de leur exercice, et de M. Woillez, décédé. — 6° Eloge de M. A. Latour, par M. Gallard, membre du Conseil général.

Ordre du jour de la séance du Lundi 2 Avril 1883. — La Séance sera ouverte à *trois heures précises*. — 1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale. — 2° Approbation des comptes du Trésorier par l'Assemblée générale. — 3° Rapport de M. Durand-Fardel, sur les pensions viagères à accorder en 1884. Discussion et vote des conclusions. — 4° Ouverture du scrutin pour l'élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères de 1884. — 5° Exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyées au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'Assemblée générale de 1884.

Banquet. — Le banquet aura lieu le Dimanche 1er Avril, *à sept heures précises*, dans les salons de l'hôtel Continental, rue Castiglione.

On souscrit directement ou par lettre, chez M. Brun, Trésorier de l'Association, 23, rue d'Aumale. — *Prix de la souscription : 20 francs.*

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Maubrac (Pierre-Octave-Joseph) est nommé, pour trois ans, prosecteur d'anatomie, en remplacement de M. Marcoudès, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lille. — M. Legay, aide-préparateur d'histologie, est nommé préparateur d'hystologie (emploi nouveau).

M. de Guerne, licencié ès sciences naturelles, aide-préparateur d'histoire naturelle, est nommé préparateur d'histoire naturelle (emploi nouveau).

M. Coquard (Paul-David), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé aide-préparateur d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Lyon. — M. Aubert (Pierre-Clément), bachelier ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, des fonctions de chef des travaux cliniques, au laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Eymonnet, démissionnaire.

Legs. — Par décret, en date du 20 février 1883, le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences de l'Institut de France est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, le legs universel à elle fait par le sieur Petit d'Ormoy, suivant son testament olographe du 24 juin 1875 et son codicille du 15 septembre 1879, et consistant en divers immeubles. Ces immeubles seront vendus judiciairement en la Chambre des notaires, et les prix de vente devront être employés en achats de rente nominative 3 p. 100, avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages. Les arrérages devront servir à la fondation de prix et récompenses attribués moitié à des travaux théoriques, moitié à des applications de la science à la pratique médicale, mécanique et industrielle.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 12 mars 1883, à 4 heures *très précises*, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil).

Ordre du jour : I. Election d'un membre correspondant étranger. — II. Analyse par M. Pénard des travaux de la Société médico-légale de New-York. — III. Rapport par M. Boudet sur la responsabilité qui peut incomber aux médecins pour l'accomplissement des missions qu'ils acceptent de leurs clients moribonds. — IV. Communication de M. Brouardel sur les vulvites et les erreurs médico-légales auxquelles elles exposent. — V. Rapport de M. de Villiers sur les attributions des sages-femmes.

— La Société médicale des Bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 mars, à 8 heures du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° Constitution médicale du mois de février. Policlinique ; — 2° De l'intervention des médecins traitants dans le traitement des déformations, par M. Dally.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

SUR LE

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN

PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1)

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ),

Par le docteur G. RICHELOT père,

Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

OBSERVATION IV. — Troubles peu graves, mais évidents, du côté des voies génitales, au début de la vie conjugale. Trois grossesses et trois accouchements naturels. Sept ans après le dernier accouchement, souffrances utérines, dont la malade ne peut expliquer la cause. Abaissement et rétroversion de la matrice ; augmentation de volume de cet organe ; engorgement considérable du col utérin. Cautérisations répétées avec la pierre infernale sans avantage. Cautérisations avec le caustique Filhos, produisant d'abord une sensation de brûlure que la malade dit percevoir au niveau de l'ombilic, mais seulement pendant l'application, et devenant de moins en moins douloureuses. Guérison après cinq cautérisations avec le caustique Filhos, suivies, chaque fois, d'un écoulement sanieux abondant.

Mme D..., de......, âgée de 38 ans, grande et forte d'apparence, cheveux châtain, embonpoint moyen annonçant une bonne nutrition générale, de taille un peu au-dessus de la moyenne, de température lymphatique et un peu anémique, a toujours joui d'une bonne santé. Rien ne met sur la trace d'une influence héréditaire. Sa mère a eu 17 enfants, dont elle est le onzième. Dans son enfance, elle a eu beaucoup de gourmes. Réglée à 12 ans,

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 janvier, 13 et 27 février.

FEUILLETON

UNE MANIFESTATION BELGE.

La manifestation en l'honneur du docteur Festraerts, rédacteur en chef du *Scalpel*, de Liége, est une curieuse démonstration de l'esprit de confraternité chez les médecins belges.

Décidée dans la réunion annuelle de la Fédération médicale en septembre dernier, elle a été organisée sous les auspices de cette Fédération et a reçu d'emblée la promesse du concours de la Caisse des pensions de l'Association pharmaceutique et de l'Association des médecins vétérinaires. A ces groupes importants sont venus se joindre plus de cinq cents membres du Corps médical belge, un certain nombre de représentants de la Presse et un groupe de médecins français de la Compagnie du chemin de fer du Nord, venus pour saluer leur collègue du Nord-Belge.

La manifestation ainsi préparée ressemble à celles qui se produisent souvent en Belgique. Il n'est pas de ville universitaire, où, de temps en temps, une fête semblable ne soit organisée. Tantôt c'est une sérénade donnée par la fanfare des étudiants à un professeur élu à l'Académie royale de médecine. La masse des étudiants adopte un rendez-vous, forme un cortège agrémenté de drapeaux et d'étendards, circule dans les principales rues de la ville et impose ainsi aux bourgeois une manifestation, très pacifique d'ailleurs, de la vie universitaire. La sérénade est accompagnée d'un banquet, d'un *speech* et d'une réponse. Tantôt c'est une fête organisée en l'honneur d'un vieux professeur. Les étudiants et leurs anciens y souscrivent, les premiers à 5 francs, les seconds à 10 francs. Le portrait lithographique du professeur est

très naturellement, elle a été fraîche et rose pendant toute sa jeunesse. Mariée à 22 ans, elle a eu trois enfants. Ses trois couches ont été naturelles et heureuses, sans suites mauvaises; la dernière datait de neuf ans quand elle m'a consulté. Avant son mariage, elle n'avait jamais eu de flueurs blanches. Mais, à cette époque, elle a été prise de leucorrhée et a beaucoup maigri. Puis, au bout de dix-huit mois de vie conjugale, elle a eu son premier enfant, et ensuite, tout est rentré dans l'ordre, dit la malade, du côté des parties génitales. Le sang des règles a toujours été peu coloré.

Le 3 août 1855, elle fait remonter ses souffrances à dix-huit mois. Pendant deux mois, elle a été soumise, tous les huit jours, à des cautérisations du col utérin avec la pierre infernale, et ces cautérisations n'ont produit qu'une amélioration passagère.

Au moment où elle me consulte pour la première fois, à la date indiquée ci-dessus, elle me rend compte de sa maladie de la manière suivante : le premier symptôme qui ait attiré son attention a été l'écoulement d'une sérosité âcre, qui se produisait toutes les fois qu'elle marchait un peu. Le contact de cette sérosité sur les parties externes a déterminé des boutons enflammés et douloureux. Au bout de six mois, par conséquent, il y a un an, elle a commencé à ressentir des douleurs de reins. Ces douleurs n'étaient pas très intenses; mais tout malaise retentissait et retentit encore dans cette région. La souffrance n'est ni augmentée, ni diminuée, aux époques menstruelles. Par le progrès de la maladie, il s'est produit des douleurs plus aiguës dans le gras des fesses, où la malade perçoit, dit-elle, des battements *inflammatoires*. Il lui est impossible de rester debout; elle éprouve alors dans le bassin une pesanteur qui devient promptement douloureuse. L'appétit est resté bon; les digestions se font bien. Cependant les forces générales sont très diminuées depuis un an, et les traits sont tirés. Il est à remarquer que, dans certains moments, la malade peut aller et venir sans éprouver ses souffrances habituelles, ce qu'on observe parfois dans les déplacements de la matrice.

Le toucher vaginal permet de reconnaître un degré modéré d'abaissement de la totalité de l'utérus, qui est placé horizontalement en rétroversion, de manière que son fond s'enfonce directement dans la concavité du sacrum, et que son col se rapproche de la face postérieure de la symphyse pubienne. Ainsi, il n'y a pas de flexion; seulement, le doigt explorateur perçoit une légère concavité, à la face inférieure du col, entre le museau de tanche et le corps de la matrice, indice de la rainure ou gorge qui sépare le col très augmenté du volume du corps également plus volumineux qu'à l'état normal. Le col paraît très gros, engorgé, mollasse. Le doigt pénètre largement dans sa cavité. Toutes les parties de la matrice que le doigt peut atteindre, tant la face inférieure du corps que la face inférieure du col, tant l'extrémité du museau de tanche que l'intérieur de la cavité cervicale, sont indolentes à la pression. La matrice est mobile; on peut la relever et la réduire momentanément; mais son poids est évidemment augmenté.

Le spéculum vient confirmer les renseignements fournis par le toucher. Le museau de tanche a au moins le double de son volume normal. Toute sa partie centrale est le siège

---

commandé à un artiste belge, et au jour choisi la fête a lieu dans une des salles de l'Université, pour la remise solennelle de ce portrait et des noms des souscripteurs. Eloge académique prononcé par un ancien élève du maître, hommage chaleureux par un des étudiants, réponse émue du héros de la manifestation, qui reporte invariablement sa gloire sur l'*Alma mater*, tel est le programme obligé.

Pour quelques-unes de leurs illustrations, nos bons Belges vont plus loin. Les souscriptions sont doublées et le portrait offert au maître est un buste en marbre. Ils se sont surpassés encore, il y a quelques années, dans leur manifestation en l'honneur de Van Beneden, à Louvain. Après le magnifique buste en marbre présenté par M. Warlomont au nom du comité d'organisation, une médaille commémorative frappée au nom de la ville de Malines (où est né Van Beneden), a été offerte par une députation du Conseil communal, le bourgmestre en tête; puis une riche couronne d'or a été posée sur le buste par un des anciens élèves malinois du héros.

Or, toutes ces fêtes, bien que suivies de l'inévitable banquet, de toasts officiels et non officiels, toutes ces fêtes ne sont guère possibles que dans un milieu universitaire.

M. le docteur Festraerts n'étant pas professeur, la manifestation du 1er mars repose sur des bases très différentes, nous devrions presque dire opposées. Les grandes Associations médicales de nos voisins paraissent, en effet, encore mal accueillies par les membres du Corps enseignant des différentes Universités. Presque toutes les Sociétés médicales de Belgique font, il est vrai, partie de la Fédération; mais celles où domine l'élément universitaire refusent systématiquement de prendre part au mouvement d'ensemble. On ne se cache pas pour attribuer aux quelques groupes dissidents le qualificatif de *petite coterie*, réservant le nom de *grande coterie* à l'Académie royale, où se rencontrent la plupart des professeurs ordinaires des Universités.

d'une rougeur vive par érosion de la surface, qui est dénudée de son épithélium. Cette rougeur a environ trois centimètres de diamètre, présente à son centre l'orifice élargi, et s'enfonce en se prolongeant dans la cavité du col. Le museau de tanche est baigné par une espèce de pus très liquide, qui sort abondamment de son orifice.

Une première cautérisation est faite, le 3 août 1855, avec le caustique Filhos. Le bâton de caustique est placé en plein sur l'orifice cervico-utérin, y pénétrant un peu, et est maintenu en place pendant environ deux minutes, de manière à produire une eschare assez profonde. Cette application détermine une sensation de brûlure, que la malade dit percevoir au niveau de l'hypogastre. Elle n'a aucun retentissement sur l'anus. Cette première cautérisation ne produit aucune exaspération des douleurs habituelles; elle est suivie, pendant six jours, de l'écoulement d'une abondante sanie mêlée de sang.

Le 10 août, une semaine seulement après la première cautérisation, une seconde application du caustique Filhos est faite de la même manière. Au moment de l'application, la malade accuse une douleur brûlante au niveau de l'ombilic. La chute de la première eschare avait laissé une plaie vive.

Deux autres cautérisations sont faites ensuite le 3 et le 17 septembre, par conséquent à deux semaines d'intervalle. Comme les précédentes, elles sont suivies d'un écoulement sanieux plus ou moins abondant et plus ou moins prolongé, et laissent après la chute de l'eschare une surface ulcérée, rouge et granuleuse, mais elles sont de moins en moins douloureuses.

Sous l'influence de ces cautérisations et de la sécrétion qui en est le résultat, ainsi que de l'impression qu'elles produisent sur la circulation des tissus sous-jacents et de tout l'organe, le col et même le corps de la matrice se dégorgent évidemment et perdent sensiblement de leur volume. Le poids de l'utérus diminue; le fond de l'organe se relève un peu. Les symptômes accusés par la malade s'amendent d'une manière remarquable.

Un mois après la dernière cautérisation — le 15 octobre — ces résultats locaux et généraux sont constatés. Toutefois, pour réprimer les bourgeons charnus et activer la cicatrisation languissante de la plaie résultant de l'action du caustique de Vienne, le crayon de nitrate d'argent est promené sur la plaie et introduit dans la cavité du col, dans le but de produire, non une cautérisation, mais plutôt un certain degré d'astringence sur les tissus. La même application est renouvelée le 26 octobre et le 21 novembre.

Le 11 janvier 1856, la matrice moins abaissée, légère, mobile, toujours en rétroversion, présentait encore un certain degré d'engorgement du museau de tanche. Une dernière cautérisation avec le caustique Filhos, aussi profonde que possible, est pratiquée.

La malade, qui avait quitté Paris après le traitement indiqué ci-dessus, revient au bout de quelques mois me rendre compte de l'état de sa santé. Je l'examine le 5 mai 1856. Le museau de tanche est parfaitement sain et se montre entièrement semblable à celui d'une femme qui n'a point eu d'enfants. Sous le rapport du volume, la matrice présente à peu près l'état normal. Mais elle est encore en rétroversion.

La solennité offerte à Bruxelles au docteur Festraerts était donc placée sur un terrain inusité. Vous dire le bon accueil qui fut fait au héros de la fête à son entrée dans la grande salle du palais de la Bourse, serait une sorte de banalité. La pièce de résistance de la manifestation était le discours prononcé dans le langage le plus académique par M. Vanderstrieck, ancien président de la Fédération médicale belge. Retracer la carrière de M. Festraerts, suivre pas à pas la rédaction du *Scalpel* depuis sa fondation, tel était le sujet. Mais l'orateur s'éleva, en termes émus, au-dessus des éloges personnels en retraçant l'origine de la Fédération en 1863, qui fut pour M. Festraerts l'occasion d'un redoublement d'activité. La situation actuelle est toute entière dans ces deux faits : le groupement de 24 Sociétés répandues dans toutes les provinces, et l'union de 800 membres inscrits et prenant part aux travaux d'ensemble. Le but est la défense des intérêts professionnels. L'espoir est d'obtenir une loi sur l'art de guérir en remplacement du « texte suranné de 1818. » Tout ce résultat, avec la grande part qui revient au héros de la fête, inspire à l'orateur une de ces péroraisons pathétiques qui enlèvent toujours un auditoire.

Un magnifique bronze d'art est aussitôt découvert aux applaudissements de l'assemblée. Alors commence la présentation des bouquets avec rubans aux couleurs de chaque ville ou province donatrice, et surtout avec le petit *speech* de chacun des présidents. Le premier a été dit et fort bien dit par M. le docteur Goffin, de Bruxelles, président actuel de la Fédération médicale, qui offrait une magnifique corbeille de fleurs. Puis vinrent les bouquets de M. Dewindt pour la Société médicale d'Alost, de M. de Letter pour l'Association médicale pharmaceutique, de M. Hucques pour la Société médicale de la banlieue de Bruxelles, de M. Higguet pour le Cercle médical liégois, de M. Beydler pour la Société centrale des médecins belges, de M. Demeur pour la Société médicale de Nivelle, de M. Demayer pour celle de Boom, etc.

Du 5 mai au 22 août 1856, la rétroversion est traitée par l'introduction quotidienne, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, au moyen d'un spéculum bivalve, d'un sachet composé presque en totalité d'une poudre inerte, non irritante — farine de graine de lin — et d'une petite proportion de poudre d'alun. Munie de ces sachets, madame D... marche avec la plus grande facilité. Après le 22 août, elle quitte Paris, avec la recommandation de continuer l'emploi des sachets chargés de maintenir la matrice en partie réduite, et qu'elle savait introduire elle-même.

Depuis, j'ai eu des nouvelles de cette dame. Sa santé était excellente. Elle n'a plus éprouvé aucun trouble du côté des organes génitaux.

Remarques. — Dans l'observation qui précède, la cause de la maladie n'a pas été nettement élucidée. La malade n'a pas su indiquer une influence à laquelle on pût attribuer le volume anormal de la matrice et l'engorgement de son col. Peut-on faire remonter la cause originelle du mal à l'irritation produite par les premières approches conjugales, qui aurait laissé dans l'organe gestateur une disposition, une faiblesse morbide; de telle sorte que les trois parturitions successives, fatiguant la matrice prédisposée, celle-ci n'aurait pas eu l'énergie vitale suffisante pour accomplir, après la troisième couche, et peut-être après les précédentes, son involution d'une manière complète? Quoi qu'il en soit, il est permis d'admettre que l'hypertrophie du corps de la matrice et l'énorme engorgement du museau de tanche dataient au moins de la dernière couche, et que, si les symptômes qui en dérivent ne se sont manifestés pour la malade que dix-huit mois avant le moment où elle m'a consulté, c'est-à-dire après sept ans environ, cela tient à ce que la lésion, d'abord peu considérable, n'a eu à son début aucune influence appréciable sur la sensibilité et sur les fonctions, que les tissus voisins s'y sont habitués en raison de la lenteur de sa marche, et qu'elle ne s'est fait sentir que par suite de ses progrès. Cette évolution plus ou moins lente est un fait d'observation.

Les symptômes présentés par la malade avaient deux causes, qui produisaient leurs effets propres : l'engorgement du corps et du col de la matrice, et sa rétroversion.

Dans ces conditions, que pouvait-on obtenir de l'application du crayon de nitrate d'argent? Quelle action pouvait-elle exercer sur le corps de la matrice, pour en diminuer le volume et le poids, et permettre à l'organe de se relever? L'action de ce caustique est toute superficielle. Une faible et insuffisante modification de la

---

Après ce défilé des diverses députations de Belgique, M. le docteur Jules Worms, de Paris, exprima en très bons termes les sentiments du Corps médical de la Compagnie du chemin du Nord, dont il est le médecin en chef. Son mot : « il n'y a pas de frontière pour les médecins! » fut très applaudi. L'orateur expose comment la médecine gagne dans l'estime publique, comment elle est mieux appréciée par les administrations; elle est honorée parfois par quelques dépositaires des pouvoirs publics. Et, s'il en est ainsi, nous le devons en partie aux progrès incontestables de la science contemporaine et en partie aux hommes qui ont accompli le travail du docteur Festraerts, avec son esprit de bonne et sincère confraternité. Je regrette de ne pouvoir vous exprimer à quel point cette intervention française fut bien accueillie. Après quelques mots de remercîments du héros de la fête, tous les assistants défilèrent pour lui serrer la main en attendant le moment du banquet.

C'est dans le palais même de la Bourse que se trouve la salle du festin, qui devait nécessairement intriguer quelque peu les confrères français, peu habitués à souscrire *trois* francs pour un banquet. Mais une petite « carte de vins » discrètement placée nous donna bientôt le mot de l'énigme; il paraît que c'est l'usage admis en Belgique.

Les toasts n'ont pas fait défaut, ni les acclamations, ni les hurrahs, ni les processions, le verre à la main, jusqu'au héros de la fête ou jusqu'à l'orateur. Tout le personnel de service est dressé aux évolutions de ce genre. C'est dans l'ordre, j'oserais dire dans le programme.

Désireux de vous bien renseigner, j'avais entrepris de noter tous les toasts; mais vous me pardonnerez, lorsque vous saurez qu'après le seizième, le président du banquet, se levant et imposant un silence relatif par le choc violent du couteau sur la bouteille, prononça d'une voix solennelle la cloture des toasts officiels. Je continuai cependant à noter jusqu'au vingt-septième; puis, j'y renonçai, Je dois dire que le chiffre de quarante ne m'a pas paru atteint,

surface dénudée du museau de tanche était tout ce qu'on en pouvait espérer. Aussi, l'amélioration obtenue par ce moyen a-t-elle été seulement passagère.

Le caustique Filhos pénétrant profondément dans les tissus, et les désorganisant dans une grande étendue, a provoqué un travail profond et énergique d'élimination, et, par suite, de réparation. L'écoulement abondant, qui a été la suite de chacune de ses applications, a amené un dégorgement efficace. Une fois l'impulsion donnée, le travail réparateur a suivi son cours, jusqu'au moment où il n'a plus été nécessaire de soutenir la matrice.

A suivre.

CLINIQUE CHIRURGICALE

ABCÈS DU SINUS FRONTAL; GUÉRISON,

Par Maurice NOTTA, interne des hôpitaux.

Les lésions des sinus frontaux sont assez rares; leurs rapports directs avec les cavités crânienne, orbitaire et nasale, les complications qui peuvent en résulter, expliquent le grand intérêt qu'elles présentent, sans parler des difficultés de diagnostic, quand l'affection est au début. En outre, la pathogénie des abcès des sinus frontaux est facile à comprendre par la continuité de la muqueuse des voies respiratoires et des cavités de la face. Ces abcès ont été signalés par Hippocrate; puis il faut parcourir une période de près de vingt siècles pour trouver sur ce sujet le premier travail important. Nicolaï, en 1724, puis Runge et Richter, en 1776, résument les différentes étapes par lesquelles a passé l'histoire des inflammations suppuratives du sinus frontal. Les auteurs qui ont suivi, Boyer, Bérard, Vidal de Cassis ont peu ajouté à leurs descriptions, et nous trouvons que dans la plupart de leurs observations la suppuration et l'abcès sont consécutifs à un traumatisme.

De nos jours ont été publiées çà et là quelques observations : une de Sœlberg Wells (1) (1870), une de M. le professeur Richet (2) à la même époque et, quelques années plus tard, trois de Spencer Watson. Enfin, Lauzet (3) a réuni dans sa thèse

(1) Thèse de Sautereau, 1870.
(2) *Archives gén. de médecine*, 1876, t. XXVII.
(3) Thèse de Paris, 1875.

Enfin, lecteur, j'ajoute ceci parce qu'on aurait quelque peine à l'admettre, si les témoins n'en pouvaient tous justifier : il n'a été fait, ni de près, ni de loin, aucune allusion à quoi que ce soit de la politique. Or, chacun sait avec quelle animosité la lutte est presque permanente entre les catholiques et les libéraux, à cause de la multiplicité des élections dans toute la Belgique. Les médecins ne sont pas, on le pense bien, les moins ardents dans la discussion de ces mille détails, comme au temps des bourgeois défendant leurs libertés communales.

Il ne faut pas avoir vécu longtemps en Belgique pour avoir été étonné des sentiments patriotiques d'un peuple encore si jeune. Et le moindre incident suffit pour faire apprécier l'ardeur presque violente de l'esprit de parti.

Mais au banquet, chacun est convaincu des bons sentiments de son voisin, et lui reconnaît le droit d'être dévoué à la patrie à sa manière. L'esprit de prosélytisme ne va pas jusqu'à vouloir profiter de cette occasion pour faire des recrues. On pousse même la discrétion jusqu'à éviter scrupuleusement tout ce qui pourrait paraître une allusion. C'est une trêve sacrée, où l'on sacrifie tout à l'esprit de véritable et sincère confraternité.

Cette impression, que je rapporte de Belgique, est trop bonne, ami lecteur, pour n'être pas divulguée. Adieu.

Dr Fr. BUONVOLONTA.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. Maury (Paul), bachelier ès sciences, préparateur, à titre temporaire, au laboratoire de botanique (classification des familles naturelles), à l'École pratique des Hautes-Études, (troisième section), est chargé, à titre définitif, desdites fonctions, en remplacement de M. Léon Berthelot, décédé.

sept observations d'inflammation catarrhale des sinus frontaux. « Dans l'inflammation des sinus frontaux consécutive au coryza, dit M. Lauzet, le processus inflammatoire gagne de proche en proche la muqueuse qui tapisse ces cavités, et selon l'absence ou l'existence de certaines raisons pathologiques, cette inflammation sera simplement un symptôme du coryza, ou bien la maladie principale, le coryza s'effaçant pour occuper le second plan du tableau pathologique et faire partie du cortège symptomatique. » Un degré de plus, la suppuration s'établit, le coryza n'apparaît plus que comme symptôme accessoire, l'abcès est constitué. Il donne alors lieu aux symptômes qui lui sont propres, et que nous retrouvons chez la malade qui fait le sujet de notre observation, recueillie l'an dernier dans le service de notre maître M. Marc Sée, à la Maison municipale de santé.

Mme R. T..., âgée de 64 ans, domestique, a toujours été bien portante. Elle ignore la maladie dont ses parents sont morts : sa mère à 78 ans, son père à 50. Elle a trois sœurs et deux frères qui sont d'une bonne santé, mais qui ont souvent eu des douleurs rhumatismales. La malade elle-même est rhumatisante ; elle va à Aix depuis trois ans, et présente aux mains les déformations articulaires caractéristiques du rhumatisme chronique. Elle n'a aucun antécédent syphilitique.

Elle entre dans le service de M. Marc Sée le 1er novembre 1882, pour être opérée d'une petite tumeur qui siège à la partie interne de l'arcade sourcilière, au-dessus du grand angle de l'œil, du côté gauche. Depuis une quinzaine d'années, la malade est sujette à avoir des rhumes de cerveau, et dans ces derniers temps les sécrétions de la muqueuse pituitaire présentaient une odeur fétide. Jamais elle n'a eu de croûtes dans les fosses nasales et, dans son enfance, elle n'a eu aucune manifestation scrofuleuse. Au mois de septembre dernier, pendant son séjour à Aix, la malade s'est aperçue que sa vue du côté gauche s'affaiblissait, se fatiguait vite, étant souvent obscurcie par la présence de brouillards. Elle ressentit alors quelques douleurs au niveau du front et des tempes, et surtout des démangeaisons très vives au-dessus de l'œil gauche. En même temps, elle constatait la présence d'une petite tumeur qui disparaissait par la pression.

Etat actuel. — A l'examen de la malade, nous remarquons au-dessus du grand angle de de l'œil gauche une tumeur, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon, qui n'est bien appréciable que si la malade est restée environ vingt-quatre heures sans la presser. Si l'on appuie sur cette tumeur, elle disparaît, et l'on voit s'écouler un pus fétide et verdâtre, qui sort soit par la narine gauche, soit par l'orifice postérieur des fosses nasales et la bouche. Si l'on promène le doigt sur l'arcade sourcilière gauche, on constate, une fois la tumeur vidée, qu'il y a à son niveau une dépression manifeste due à la résorption de la paroi antérieure du sinus frontal. Les mouvements de l'œil gauche ne sont pas gênés, les pupilles sont normales. Il y a perte presque complète de l'odorat du côté gauche.

M. Marc Sée diagnostique un abcès du sinus frontal, et fait l'opération le 17 novembre. Il pratiqua une incision de 15 millimètres environ parallèlement à l'arcade sourcilière et un peu au-dessus d'elle, et gratta avec une rugine la paroi interne du sinus frontal. Puis il laissa dans la plaie deux boulettes de charpie, imbibées d'une solution de chlorure de zinc, et mit pardessus un pansement phéniqué. Ces boulettes furent retirées au bout de deux jours, et l'on fit matin et soir, pendant plusieurs jours, des injections phéniquées par la plaie.

La malade quitta la Maison de santé dans les premiers jours de décembre. Nous avons eu l'occasion de la revoir le 15 janvier de cette année. Elle est complètement guérie ; la petite plaie de l'arcade sourcilière est cicatrisée, et il ne s'écoule plus de pus dans le nez ni dans la bouche.

Cette observation nous a paru intéressante à différents points de vue : l'abcès du sinus frontal, sans cause traumatique, sans antécédents syphilitiques, est, croyons-nous, assez rare. Dans les sept observations de Lauzet, il n'y a qu'une inflammation catarrhale des sinus frontaux, et dans aucun de ces cas l'inflammation n'a été jusqu'à la suppuration, jusqu'à l'abcès. Des trois observations de Watson, il y en a une où il s'agit d'une femme syphilitique. Chez notre malade, on ne peut invoquer comme cause prédisposante que l'arthritisme. Il n'y a ni scrofule, ni syphilis, ni traumatisme, Enfin, la pathogénie, qui repose tout entière sur la continuité des muqueuses, est toujours intéressante. Sans mettre en doute l'influence de la diathèse rhumatismale pour expliquer le développement de ces coryzas répétés, nous pensons que l'inflammation de la muqueuse pituitaire s'est propagée par l'infundi-

bulum à la muqueuse du sinus frontal; à la suite de cette inflammation, l'obturation de l'orifice du sinus par le gonflement de la muqueuse a produit l'augmentation des phénomènes inflammatoires; il s'est formé un abcès qui a amené la destruction par résorption de la paroi antérieure du sinus frontal. — Au point de vue du traitement, le succès a été complet puisqu'il n'est resté ni trajet fistuleux, ni écoulement fétide. Il est vrai, comme nous le faisait remarquer M. Sée, que le diagnostic et l'intervention ont été rendus plus faciles par la résorption de la paroi osseuse du sinus, ce qui mettait la malade à l'abri de complications du côté des cavités crânienne ou orbitaire, la tumeur faisant saillie sous la peau qu'elle distendait plus ou moins suivant son volume. Quant à la fétidité des sécrétions de la muqueuse nasale, elle a complètement disparu; il reste encore un peu d'hypersécrétion de la muqueuse du côté gauche, mais elle ne présente plus cette odeur infecte qui était une gêne pour la malade et pour les personnes qui l'entouraient.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentation. — Nécrologie. — Communication : Des hernies inguinales congénitales étranglées; discussion. — Rapports sur deux observations d'ablation de tumeurs utérines : corps fibreux ; tumeur kystique; — Sur une note relative à une double réclamation de priorité : procédé de Pirogoff pour l'amputation tibio-tarsienne; suture osseuse. — Sur la dilatation préalable de l'urèthre dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

M. Chauvel offre en hommage un ouvrage intitulé : *Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil.*

— Sur l'invitation de M. le Président, M. le docteur Guyon donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société de chirurgie, sur la tombe de M. Jules Cloquet. Celte lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

M. Trélat fait une communication *sur les hernies inguinales congénitales étranglées.* L'occasion de cette communication a été fournie à M. Trélat par un fait qui s'est passé dernièrement dans son service à l'hôpital Necker.

Le 17 janvier entrait dans ses salles un individu qui avait une hernie inguinale étranglée; les accidents remontaient à deux ou trois jours. La hernie fut réduite avec facilité par M. Segond, chef de clinique de M. Trélat; mais elle se reproduisit le soir même et fut réduite de nouveau par l'interne de garde. Le lendemain, au moment de la visite, la hernie s'était encore reproduite. M. Trélat vit qu'il avait affaire à une variété d'étrangement insolite et qui réclamait une prompte intervention. L'opération fut pratiquée séance tenante.

Au premier abord, lorsqu'il eut la hernie sous les yeux, M. Trélat se demanda s'il avait affaire à un véritable étranglement; le sac, très ample, communiquait avec la cavité abdominale par une large ouverture supérieure et contenait une masse intestinale qui n'offrait aucune des apparences de l'étranglement; mais, en y regardant de plus près, il vit que ce sac communiquait avec un autre sac inférieur plus petit renfermant le testicule et une autre anse intestinale très fortement étranglée. L'incision du collet du sac inférieur permit de réduire l'anse intestinale étranglée; mais le malade ne survécut que quarante-huit heures à l'opération; les accidents : coma, affaiblissement, assoupissement, phénomènes de contriction intestinale, malgré la réduction, persistèrent, et la mort eut lieu le 20 janvier.

En examinant attentivement la pièce, M. Trélat constata que la hernie présentait des conditions toutes particulières de la hernie inguinale. Il fit des recherches et réunit un ensemble de 40 observations dont le dépouillement et l'examen attentif l'ont conduit à des considérations qu'il a développées dans une *leçon clinique* reproduite dans le dernier numéro de la *Semaine médicale.*

Dans cette leçon, il indiquait plus particulièrement les points suivants : par la hernie inguinale congénitale s'expliquent ces cas d'étranglement subit, d'emblée, qui ne peuvent trouver d'explication dans les conditions ordinaires de la hernie inguinale; la hernie inguinale congénitale a un siège d'étranglement particulier et constant, tantôt, ce qui est le cas le plus fréquent, à la partie supérieure du sac, au niveau de l'orifice interne ou intra-abdominal du canal inguinal, tantôt, ce qui est le cas le plus rare, à l'extrémité inférieure du sac her-

niaire. Ces deux sièges sont absolument constants; aucune des observations examinées par M. Trélat ne permet de reconnaître un autre siège d'étranglement de la hernie inguinale congénitale.

D'autre part, M. Trélat démontrait à ses élèves que l'absence de diagnostic précis, dans les cas de hernie inguinale congénitale, entraînait les chirurgiens à une temporisation regrettable et infiniment préjudiciable aux malades; que la production subite, d'emblée, de l'étranglement, le faux diagnostic, la fausse détermination du siège de l'étranglement, la fause réduction, la réduction incomplète, la réduction en masse de la hernie, étaient autant de circonstances qui, en induisant le chirurgien en erreur, en le laissant hésitant et perplexe sur la seule conduite à suivre, expliquaient la gravité exceptionnelle de ces sortes d'étranglement. Il ajoutait enfin que, dans sa pensée, la hernie inguinale congénitale est plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

Or, par une coïncidence singulière, le jour même (8 février) où M. Trélat faisait cette leçon à l'hôpital Necker, un jeune confrère très distingué, M. Ramonède, prosecteur à la Faculté, soutenait sa thèse inaugurale qui a pour titre : *Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte.* Dans cette thèse importante, le jeune auteur arrivait par l'observation anatomique à la démonstration des faits auxquels M. Trélat était arrivé de son côté par l'observation clinique.

M. Ramonède a disséqué 215 sujets adultes, ayant eu ou non des hernies inguinales, dans le but de rechercher l'état du conduit péritonéo-vaginal, et il a constaté sur 32 sujets, c'est-à-dire dans la proportion de 15 p. 100, la persistance à un degré plus ou moins marqué de ce conduit. M. Ramonède a injecté le conduit péritonéo-vaginal; il a pris les moules des diverses formes dans lesquelles il l'a trouvé, et il est ainsi arrivé à la démonstration de cette disposition, qui a une extrême importance au point de vue de la pratique chirurgicale.

Ce conduit commence à l'intérieur de la cavité péritonéale, en dedans du fascia transversalis, par un entonnoir formé par un repli péritonéal. Il présente trois rétrécissements : le premier dans le trajet inguinal, un autre peu marqué au niveau de l'anneau externe ou cutané; un troisième, enfin, à la partie inférieure, au niveau du point où le conduit s'abouche dans la tunique vaginale.

D'après les résultats de ses recherches anatomiques, M. Ramonède établit que les étranglements, dans la hernie inguinale congénitale, se font toujours à l'orifice supérieur du canal péritonéo-vaginal. M. Trélat, de son côté, est arrivé par ses propres recherches à formuler la règle suivante, appuyée sur 40 observations : La hernie inguinale congénitale s'étrangle en haut et en bas du canal vagino-péritonéal, le plus ordinairement à la partie supérieure, beaucoup plus rarement à la partie inférieure de ce conduit.

On voit que, sauf une légère modification, les données fournies par l'anatomie pathologique concordent parfaitement avec celles fournies par l'observation clinique. M. Trélat pense que si ces données arrivaient à être acceptées et à prévaloir dans la pratique chirurgicale, on serait bien mieux édifié sur la nature, le siège et le mode de traitement de la hernie inguinale étranglée.

Le difficile est d'arriver au diagnostic de la congénialité. L'interrogatoire des malades ne fournit pas des données bien certaines : lors même que le malade répondrait qu'il a toujours eu sa hernie, cela ne signifierait pas que la hernie est réellement congénitale et, d'autre part, s'il affirmait n'avoir jamais eu de hernie, il n'en résulterait pas moins qu'une anse intestinale a pu venir brusquement et d'emblée s'étrangler dans l'un des deux rétrécissements du conduit péritonéo-vaginal persistant. En effet, M. Trélat définit la hernie inguinale congénitale de la manière suivante : Toute hernie inguinale qui se fait dans le conduit vagino-péritonéal persistant

L'anatomie pathologique et l'observation clinique sont donc complètement d'accord sur le siège de l'étranglement dans le canal péritonéo-vaginal, et ce siège, d'après M. Trélat, présente deux variétés : 1° à l'entrée de l'entonnoir vagino-péritonéal, ce qui est le cas le plus fréquent; 2° à l'entrée du conduit dans la tunique vaginale, ce qui est le cas le plus rare.

L'observation du malade de M. Trélat est un exemple de la deuxième variété d'étranglement, c'est-à-dire à la partie inférieure du conduit vagino-péritonéal. Mais cette observation n'est pas la seule. Dans les recherches auxquelles il s'est livré, M. Trélat a pu réunir cinq observations analogues à la sienne. Mais en interprétant les faits à la lumière des idées nouvelles, on pourrait en multiplier sans doute les exemples. MM. Panas et Verneuil ont vu des cas dans lesquels l'étranglement siégeait en ce point. On trouve, rapportées dans la clinique de Dupuytren, deux ou trois observations dans lesquelles, pour expliquer le fait du siège insolite de l'étranglement, on a fait l'hypothèse d'une double déchirure : déchirure de la tunique vaginale et communication accidentelle de la tunique vaginale avec le sac herniaire rompu. Il y a, enfin, une observation de Scarpa, de hernie inguinale en bissac, et dans laquelle il

est dit que l'anse intestinale, qui remplissait le sac inférieur, ne passait qu'avec difficulté à travers l'orifice de communication avec le sac supérieur.

Quoi qu'il en soit de ces faits, M. Trélat en a recueilli d'autres, au nombre de cinq, qui ont avec le sien une analogie complète. Ainsi dans la clinique de Goyrand (d'Aix), on trouve une observation semblable; M. le docteur Dudon (de Bordeaux) a observé un fait identique à celui de Goyrand et à celui de M. Trélat; de même le docteur Brémond (de Bordeaux) a relaté, en 1844, un cas d'étranglement de hernie inguinale en bissac, qui fut guéri par le débridement de l'orifice inférieur. Enfin, dans sa thèse inaugurale soutenue en 1880, M. le docteur Tripier relate un cas d'étranglement siégeant à la partie inférieure du conduit vagino-péritonéal, au niveau de la communication de ce conduit avec la tunique vaginale. Si l'on ajoute à ces observations celles de M. Panas, de M. Verneuil, de Dupuytren et de Scarpa, on voit que la disposition dont il s'agit, pour être rare, n'est pas déjà si exceptionnelle qu'on pourrait le croire au premier abord.

Ces sortes de hernies se présentent toujours dans les conditions suivantes : les accidents d'étranglement sont nettement marqués, très accusés, soit accidents de striction intestinale, ou bien d'obstruction. Le chirurgien trouve une tumeur molle, sonore, se laissant très facilement réduire, mais se reproduisant avec une égale facilité, parce que le testicule, entraîné avec la hernie dans la réduction, l'attire de nouveau dans le scrotum, dès que l'on cesse les manœuvres de taxis.

En résumé, la hernie inguinale congénitale s'étrangle très rarement à la partie inférieure du sac herniaire. Cependant il existe un nombre suffisant d'observations d'étranglement ayant ce siège, pour que le chirurgien, averti, prenne en sérieuse considération cette variété de l'étranglement de la hernie inguinale. La gravité, la soudaineté des accidents, leur marche rapide, l'incertitude du diagnostic entraînent des conséquences assez graves pour que le chirurgien se tienne sur ses gardes et se préoccupe de rechercher avec le plus grand soin les signes de la congénialité de la hernie. Si, placé en présence d'une hernie inguinale étranglée, il voit celle-ci se réduire avec facilité en entraînant avec elle le testicule, et se reproduire avec une facilité non moins grande, c'est un signe que l'étranglement a son siège à la partie inférieure du sac; le chirurgien agira alors en conséquence, et il ira directement au siège de l'étranglement, pour le lever, sans plus s'attarder à des manœuvres de taxis inutiles et nuisibles.

M. Després ne pense pas que la communication de M. Trélat contienne rien de nouveau, sauf des observations relatives au siège de l'etranglement de la hernie inguinale congénitale à la partie inférieure du sac, ce qui est exceptionnel. Mais, pour le reste, tout ce qui a été dit par M. Trélat se trouve en substance dans les livres classiques, particulièrement dans l'ouvrage de Nélaton, qui contient un passage très catégorique sur la fréquence relative de la hernie inguinale congénitale étranglée dans le conduit vagino-péritonéal persistant.

M. Monod demande si, dans l'observation de Dupuytren, il n'existait pas concurremment avec la hernie une hydrocèle ancienne; auquel cas, il faudrait savoir si l'hydrocèle était ou non congénitale, pour déterminer si la hernie elle-même était ou non congénitale. Il y a lieu, suivant lui, de se demander si tous les cas de ce genre doivent rentrer dans la théorie de M. Trélat, ou s'il ne conviendrait pas mieux d'établir deux catégories de cas : ceux où l'étranglement existait à la partie inférieure du canal vagino-péritonéal, et ceux dans lesquels il y avait coexistence d'une hernie inguinale étranglée et d'une hydrocèle ancienne communiquant avec le sac par une déchirure de la tunique vaginale.

M. Marc Sée ne saurait admettre comme absolument significatif, au point de vue de l'existence d'une hernie inguinale congénitale, le signe donné par M. Trélat que, dans la réduction de la hernie, celle-ci entraîne avec elle le testicule; en effet, le contact immédiat du sac herniaire avec la tunique vaginale peut déterminer entre les deux séreuses des adhérences qui, dans les tentatives de réduction, entraîneront le testicule avec la hernie. Il y aurait donc lieu de distinguer les deux cas.

M. Trélat répond à M. Sée que son explication s'applique seulement à la hernie étranglée, et non pas à la hernie non étranglée.

A M. Monod, M. Trélat répond qu'il est difficile de comprendre comment une hydrocèle enkystée de la tunique vaginale pourrait disparaître tout à coup et être remplacée par une tumeur sonore; dans les cas auxquels M. Monod a fait allusion, on trouve constamment le sac contenant une grande quantité de liquide en communication avec l'hydrocèle, et puis une anse intestinale étranglée; au contraire, dans les observations communiquées par M. Trélat, les choses étaient ainsi disposées qu'il était plus rationnel d'admettre la persistance de la communication péritonéo-vaginale que la rupture de la tunique vaginale.

A M. Desprès, M. Trélat se bornera à répondre que l'histoire de la hernie inguinale congénitale n'est pas aussi bien faite dans les livres qui son collègue veut bien le dire ; si Nélaton a eu la sagacité de soupçonner que la hernie inguinale congénitale étranglée était plus fréquente qu'on ne le croyait, il n'en est pas moins vrai que la thérapeutique chirurgicale jusqu'à ce jour porte les traces des hésitations, des incertitudes, des tâtonnements des chirurgiens en présence de certains cas d'étranglement de la hernie inguinale. Du reste, M. Trélat n'a pas cru avoir à refaire l'histoire complète de la hernie inguinale congénitale étranglée; il a voulu simplement apporter un certain nombre de faits qui lui ont paru jeter un jour nouveau sur l'étiologie et le diagnostic de cette affection, et surtout avoir pour conséquence de modifier avantageusement à cet égard la pratique chirurgicale.

— M. Terrier lit un rapport sur deux observations adressées par M. le docteur Villeneuve (de Marseille) : l'une d'ablation de tumeur fibreuse de l'utérus, l'autre d'extirpation de tumeur kystique du même organe.

— M. Chauvel lit un rapport sur deux notes adressées par M. le docteur Pasquier (d'Evreux) relatives à des réclamations de priorité, l'une concernant une modification au procédé de Pirogoff, dans l'amputation ostéoplastique tibio-tarsienne; l'autre concernant le meilleur moyen à mettre en usage pour assurer la suture osseuse.

— M. Polaillon lit un rapport sur une observation de M. le docteur Villeneuve (de Marseille) relative à la dilatation préalable du canal de l'urèthre dans le but de permettre l'introduction du doigt dans la vessie, et de faciliter ainsi l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Ces divers rapports n'ont été suivis d'aucune discussion. — A. T.

BIBLIOTHÈQUE

Traité clinique de la folie a double forme (Folie circulaire, délire à formes alternes), par le docteur A. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton. — Paris, 1883; O. Doin.

Ce livre a été couronné par l'Académie de médecine. Il n'est donc pas une de ces œuvres éphémères, de mérite équivoque et de réputation douteuse. De plus, par l'originalité et le nombre des observations personnelles, par la sévère ordonnance du plan qui a été suivi, par les études et par le talent d'exposition de l'auteur, il témoigne une fois de plus que la psychiatrie française est toujours dignement représentée.

La folie à double forme est une espéce nosologique que nous devons aux travaux cliniques de MM. Baillarger et Falret père. Le mémoire actuel a donc été inspiré avec raison par leurs savantes recherches. Mais, tout en puisant dans des travaux de haute réputation, M. Ritti a complété, dans ses diverses parties, la description clinique de cette remarquable forme de l'aliénation mentale, dont les accès sont caractérisés par l'alternance et la succession de périodes de dépression et d'excitation.

L'observation clinique tient donc la plus large place dans cette monographie. Elle a été complétée par une revue rétrospective des travaux antérieurs, revue précieuse parce qu'elle montre bien l'évolution de ce type morbide dans les âges, l'histoire, les opinions individuelles des médecins et les doctrines collectives des Ecoles. Un index bibliographique est le complément de cet aperçu historique.

A travers ce long voyage, M. Ritti a bien recueilli des impressions, mais il ne s'en contente pas. Aux documents que fournit l'érudition, il ajoute ceux de sa pratique personnelle, qui lui permettent de vérifier les assertions des auteurs, de contrôler leurs conclusions et d'établir, sur des bases solides, la symptomatologie, l'étiologie et le traitement de cette maladie.

La folie a double forme est caractérisée par des symptômes de dépression et d'excitation. Dans la période de dépression, on observe trois degrés : 1° l'état de dépression mélancolique; 2° le délire mélancolique; 3° la mélancolie avec stupeur. La période d'excitation se présente aussi sous trois aspects : 1° état d'excitation mentale; 2° agitation maniaque avec incohérence; 3° manie avec délire des grandeurs. Le malade éprouve alors de profondes modifications du caractère; il a des allures excentriques, de la leptomanie, de la dipsomanie, de l'érotomanie.

Par leur enchaînement, les phénomènes de dépression et d'excitation constituent l'accès, dont le type peut être périodique à accès isolés ou combinés; ou bien continu et nettement circulaire. Rarement la guérison a été obtenue. En effet cette maladie, souvent héréditaire, se termine par la chronicité avec démence, par une autre forme d'aliénation mentale ou par la mort.

Parmi ses causes prédisposantes, l'hérédité vient au premier rang, ainsi que les traumatismes cérébraux. Parfois, elle est sous la dépendance de l'hystérie, de l'épilepsie, de l'état puerpéral ou de la syphilis. Enfin la paralysie générale peut prendre la forme circulaire et l'ataxie locomotrice se combiner avec cette psychopathie.

Le diagnostic et le traitement sont discutés longuement, dans des pages où la sûreté des déductions n'est surpassée que par la précision du style. Dans un dernier chapitre, l'auteur examine les multiples questions judiciaires que soulèvent la séquestration, les actes délictueux ou criminels de ces malades et leur capacité civile. A ce point de vue encore, ce mémoire est complet; il fait honneur à la sagacité de son auteur, parce que, suivant les sages conseils de Falret, il repose — « sur l'étude clinique de la marche naturelle de la maladie, au lieu d'être « basé sur l'appréciation individuelle des caractères et des mobiles de l'acte incriminé ou sur « une observation médicale limitée à un moment donné. » — Ch. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Des lésions ophthalmoscopiques dans la paralysie générale, par le docteur Duterque. — On peut grouper ces lésions dans trois périodes distinctes. Pendant la première, on observe toujours l'inégalité pupillaire, la dilatation variqueuse des vaisseaux rétiniens et la congestion papillaire. Dans la deuxième période, il existe de l'œdème papillaire et péripapillaire et des exsudats qui sont d'autant plus abondants que la maladie est plus ancienne. Enfin, dans la troisième période, on observe de l'atrophie papillaire, de l'atrophie choroïdienne, des hémorrhagies rétiniennes et des granulations sur la rétine et la choroïde. Cet important mémoire est accompagné de l'analyse de vingt-deux observations de lésions anatomiques de l'œil. (*Ann. médico-psychol.*, sept., 1882, p. 211.)

Des propriétés thérapeutiques du tonga, par le docteur David Wallace. — Sous ce nom, les insulaire des Fidjis désignent une substance médicamenteuse qu'on exporte sous forme de paquets renfermant des feuilles des écorces et du bois d'une plante. Chaque paquet est enveloppé dans un fragment d'écorce de cocotier.

L'auteur a employé avec succès l'extrait de cette substance pour combattre les névralgies du trijumeau. La disparition des douleurs était très rapide et se manifestait dès la première demi-heure qui suivait l'ingestion du médicament.

Le docteur Ringer a obtenu des résultats aussi heureux dans le traitement des névralgies. Ce médicament mériterait donc d'être mis à l'étude. (*The Medical Record*, p. 91, 22 juillet 1882.)

Des hémorrhagies produites par la quinine, par le docteur Kuriazides. — Dans un cas, l'auteur a observé une hématurie rénale, et, dans l'autre, une épistaxis. On a déjà signalé des pétéchies d'origine quinique. D'après le docteur Kuriazides, la quinine produirait l'hypérémie de tous les organes et un tel encombrement des capillaires que leur rupture serait fréquente. De plus, ces hémorrhagies s'observant chez des individus débilités par la malaria, il est bon d'attribuer à celle-ci un rôle qui n'appartient peut-être pas seulement à la quinine. (*New-York med. Journ.*, juillet 1882.)

Traitement de l'épilepsie par la ligature des artères vertébrales, par le docteur Alexander (de Liverpool). — Chez cinq épileptiques, l'auteur a pratiqué cette opération. Il déclare même avoir, chez deux autres malades, opéré la ligature des deux vertébrales, mais sans produire la guérison.

En général, la ligature diminue le nombre des attaques ou atténue l'état mental des épileptiques. En tout cas, ces ligatures n'ont été suivies d'aucune altération des centres nerveux, ni de la mort d'aucun des malades. (*Med. Times and. Gaz.*, 11 mars 1882.)

Rapport au Conseil de santé des armées sur le traitement des morsures de vipères à cornes, par M. le docteur Driout, médecin-major de 1re classe. — Ces expériences ont été faites pendant la campagne de Tunisie, au moyen du permanganate de potasse employé, à la fois, en boissons et injections hypodermiques. Cinq animaux, chiens, chèvres et oiseaux, furent piqués par des vipères cornues.

Dans trois cas, on ne fit pas d'injection et la mort fut rapide. Dans les deux autres cas, le permangate fut employé et la guérison fut obtenue. L'auteur propose d'employer le permangate de potasse contre les morsures de la vipère commune de France, dont le venin est beaucoup moins actif que celui de la vipère à cornes (*Recueil de mém. de méd. et de chir. militaires*, juillet-août 1882, p. 420). Ces expériences, confirmatives des résultats obtenus par M. Lacerda (*Acad. des sciences*, 1881), mériteraient d'être continuées.

Du nitrite de soude dans le traitement de l'épilepsie, par le docteur Low. — Cette observation est celle d'un adulte de 29 ans, épileptique depuis l'âge de 4 ans et ne possédant aucun antécédent héréditaire. Les attaques nocturnes étaient précédées de céphalalgie et de coma. On fit usage, sans succès, des bromures, du borax et de la belladone. C'est alors qu'on employa l'azotite de soude, à titre de médicament vaso-moteur, à la dose de 20 grains. Le malade avait été atteint de soixante dix-huit attaques dans l'espace de soixante-quatre semaines. Par l'administration du nitrite de sodium, on ne compta plus que trois attaques en quatorze semaines. En même temps, on observait une notable amélioration de l'état général. (*Practitioner*, juin 1882, p. 420.) — C. E.

FORMULAIRE

Prises contre l'hémoptysie. — Bamberger.

Acide tannique pulv.	0 gr 40 à 0 gr 60 centigr.
Feuilles de digitale pul.	0 gr 20 centigr.
Chlorhydrate de morphine.	0 gr 05 centigr.
Sucre blanc pul.	5 grammes.

Mêlez avec soin et divisez en 6 prises. — Une prise de 2 en 2 heures, dans le cas d'hémoptysie peu abondante, accompagnée de toux. — Sinapismes aux membres inférieurs, repos absolu au lit. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont chargés des cours auxiliaires ci-apr è désignés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Regimbeau, pathologie interne ; — Serre, pathologie externe ; — Mosse, pathologie et thérapeutique générales ; — Carrieu, anatomie pathologique et histologie ; — Bimar, physiologie élémentaire.

Legs. — Par décret, en date du 27 février 1883, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs de vingt mille francs (20,000 fr.) que lui a fait la dame Renard, veuve du docteur Perron, suivant son testament olographe du 9 mai 1879.

Cette somme de 20,000 francs sera placée en rente sur l'Etat français, avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages. Les arrérages serviront au paiement d'un prix quinquennal de 5,000 francs, qui recevra la dénomination de prix Perron.

Ce prix, fondé à perpétuité, sera décerné par l'Académie de médecine à l'auteur du mémoire qui lui paraîtra le plus utile au progrès de la médecine. Il pourra être partagé entre plusieurs savants.

La profondeur de l'Océan. — Un navire américain vient de faire une visite intéressante aux profondeurs de l'Océan atlantique.

Le steamer *Blacke,* capitaine Browson, qui était parti au commencement de décembre pour faire des sondages entre les Bermudes et les Bahama, vient de revenir à New-York.

La plus grande profondeur constatée jusqu'à présent dans l'Atlantique — par le *Challenger* — était de 3,962 brasses. Le 19 janvier, par 19 d. 41 m. latitude nord et 66 d. 24 m. longitude ouest, à environ 105 milles au nord-est de Saint-Thomas, les sondages du *Blacke* ont relevé une profondeur de 4,561 brasses, avec température de 36 degrés pour l'eau du fond.

La brasse étant de 1 mètre 60 environ, la profondeur coustatée est de 7,300 mètres,

On se rappelle que le *Travailleur* avait déjà trouvé, dans le golfe de Gascogne des profondeurs de 5,000 mètres.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Membres du Comité : **BROUARDEL**, professeur à la Faculté, méd. de l'hôp. de la Pitié. — **SIREDEY**, méd. de l'hôpital Lariboisière. — **LUYS**, médecin de la Salpêtrière. — **GRANCHER**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôpital Necker. — **H. HALLOPEAU**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôp. St-Antoine. — **H. HUCHARD**, méd. de l'hôp. Tenon. — **G. HUMBERT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — **H. PETIT**, sous-biblioth. à la Faculté. — **Ch. ELOY**, ancien interne des hôpitaux.

BULLETIN

Académie de médecine. — La séance a commencé par l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ; c'est M. Féréol, porté en première ligne sur la liste de présentation, qui a été nommé, après deux tours de scrutin, par 51 voix sur 76 votants. Le candidat qui a recueilli le plus de voix après M. Féréol est M. Hayem, destiné sans doute à remplir, dans un avenir plus ou moins prochain, la première vacance qui se fera dans les rangs de la savante Compagnie.

L'élection de M. Féréol ne rencontrera que des approbateurs ; nous ne pouvons mieux faire que d'offrir nos félicitations au nouvel élu d'abord, et ensuite à l'Académie, qui se l'est annexé.

Après ce double scrutin, tout le reste de la séance a été rempli par la suite et la fin du discours de M. Bouley.

Si l'éminent professeur de l'École d'Alfort a voulu prouver une fois de plus qu'il était passé maître en l'art de bien dire, il y a parfaitement réussi. Mais cette preuve est faite depuis longtemps déjà et nous pensons que M. Bouley a visé mieux et plus haut que le but d'ajouter un nouveau fleuron à sa brillante couronne d'orateur académique. Il a saisi avec un empressement visible la nouvelle occasion qui s'offrait à lui de rompre encore une lance en l'honneur de la doctrine microbienne ou Pastorienne, qu'il semble avoir pris à tâche de défendre et de propager. Il s'est mis corps et âme au service de la grande découverte de M. Pasteur, la plus grande, suivant lui, qui ait été faite en médecine, non seulement dans ce siècle mais dans tous les siècles, et il se sert de la tribune avec une habileté qui n'a d'égale que son enthousiasme et sa foi dans le verbe du « Maître », pour tâcher d'enfoncer de plus en plus profondément avec le marteau et le clou d'or de son éloquence le principe de l'idée nouvelle.

La discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde et la bataille qui se livre entre les cliniciens de l'Académie pour ou contre la méthode de Brand, n'ont été, pour l'ardent et habile disciple de M. Pasteur, qu'une occasion de plus d'affirmer sa foi dans la doctrine et de tenter de lui gagner de nouveaux prosélytes. Dans la première partie du discours de M. Bouley, il n'avait été question que de la « doctrine microbienne » et des grandes clartés qu'elle a, suivant lui, répandues sur l'étiologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie et la symptomatologie des maladies virulentes et contagieuses. Dans la seconde partie, il a été encore question des microbes et des conditions favorables ou défavorables des milieux de culture de ces infiniments petits. L'orateur a insisté sur l'influence toute particulière que la chaleur exerce sur la constitution de ces milieux ; il a rappelé la fameuse expérience de M. Pasteur sur la poule, qui, dans les conditions ordinaires, est réfractaire à l'inoculation de la bactéridie charbonneuse, et qui, refroidie dans un bain froid, devient apte à recevoir l'action virulente ; il a rappelé également l'expérience de M. Gibier, qui est la contre-partie de celle de M. Pasteur, et dans laquelle une grenouille qui, dans les conditions ordinaires, ne prend jamais le charbon, devient susceptible de contracter la maladie lorsqu'on élève artificiellement la température du milieu dans lequel elle est plongée. Or, la grenouille rendue charbonneuse dans un milieu froid, guérit spontanément lorsqu'elle est replacée dans l'eau froide, son milieu naturel, tandis que, d'un autre côté, la poule qui a contracté le charbon

après refroidissement, revient spontanément à la santé lorsqu'on cesse de la refroidir dans le bain d'eau froide.

De l'expérience de la grenouille et de la poule mouillée à la méthode de Brand et au traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, il n'y avait qu'un pas, et M. Bouley n'a pas manqué de montrer l'analogie qu'il peut y avoir entre les résultats de ces expériences de laboratoire et les résultats de l'observation clinique, en ce qui concerne l'application des bains froids au traitement de la fièvre typhoïde. Semblable au microbe de la grenouille charbonneuse, le microbe de la fièvre typhoïde craint l'eau froide et ne se développe et ne pullule que dans un milieu maintenu à un excès de température. De là, l'indication toute naturelle du bain froid dans la fièvre typhoïde.

Outre ces applications de la physiologie expérimentale à la pathologie humaine, M. Bouley a invoqué, à l'appui de son brillant plaidoyer en faveur de la méthode de Brand, les statistiques allemandes qui montrent que, depuis la généralisation de cette méthode au traitement de la fièvre typhoïde dans les armées prussiennes, la mortalité, dans ces armées, a toujours été en décroissant, et s'est réduite à 8, 7, 6 et même 5 p. 100. M. Bouley a exprimé l'espoir que l'adoption de la méthode aurait également pour résultat d'amener une réduction semblable dans la mortalité de l'armée française.

M. Peter a demandé la parole pour répondre, dans la prochaine séance, au discours de M. Bouley. A. T.

ÉPIDÉMIOLOGIE

RAPPORT

sur un Mémoire présenté par M. le docteur DIONIS DES CARRIÈRES

AU SUJET

DE L'ÉTIOLOGIE D'UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYHOÏDE QUI A ÉCLATÉ A AUXERRE EN SEPTEMBRE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 janvier 1883,

Par M. FÉRÉOL, médecin de l'hôpital de la Charité.

Messieurs, votre avant-dernière séance a été presque tout entière remplie par une très intéressante communication du docteur Dionis des Carrières au sujet de la récente épidémie typhoïque qui a éclaté au mois de septembre dernier dans la ville d'Auxerre. Vous ne vous étonnerez point si je m'empresse de m'acquitter des fonctions de rapporteur qui m'ont été confiées par le bureau au sujet de cette communication. D'abord la question est toute de circonstance; ensuite elle a été traitée à cette tribune avec un remarquable talent d'exposition, une netteté de vues et une verve qui ont captivé votre attention et mérité vos applaudissements. Enfin, le docteur Dionis des Carrières, chirurgien de l'hôpital d'Auxerre, est déjà un des nôtres. Ancien interne des hôpitaux, médaille d'or de l'Ecole pratique, son nom figure honorablement dans plusieurs de nos recueils scientifiques; vous le trouverez dans l'ouvrage de Marchal de Calvi, cité à propos de la gangrène diabétique, dont il a été un des premiers à signaler des exemples, et dans l'ouvrage de notre regretté Davaine, où il a publié une observation, peut-être unique en France, de douve du foie. M. Dionis compte, parmi les anciens de notre Société, de vieux amis qui ont été ses émules. Il serait certainement assis à côté d'eux ici, et peut-être même à la Faculté, si les nécessités de la vie ne l'avaient forcé de s'arracher à la carrière des concours pour aller en province se livrer à un labeur souvent ingrat, mais fécond en dévouements, et riche d'honorabilité.

Vous comprendrez donc, Messieurs, que je désire, en ce qui me concerne, ne pas faire attendre ce vieil ami qui demande aujourd'hui à être membre correspondant de notre Société. J'espère même qu'après l'avoir entendu, vous êtes tous de mon avis, et que vous lui ouvrirez toute grande la porte à la quelle il frappe.

Je n'entrerai pas dans tous les détails qui ont été traités par M. Dionis avec talent et compétence. Permettez-moi seulement de relever les points principaux de son mémoire.

Dans une ville de 16.000 âmes, où la mortalité hebdomadaire, en temps normal, ne dépasse pas le chiffre 8, et où la fièvre typhoïde, l'année précédente, n'avait causé que deux décès,

éclate tout à coup une épidémie, qui semble sortir de terre, et en deux mois et demi frappe environ 800 personnes et fait 92 morts. Recherchant les causes de cette épidémie, M. le docteur Dionis remarque qu'elle se cantonne exactement dans le périmètre de distribution des eaux d'une vieille source dite source de Vallan. Or, cette source jaillit dans une cour de ferme, à deux mètres en contre-bas d'un fumier sur lequel, du 15 au 24 août, on avait jeté les déjections d'un typhoïdique. Il a été possible à M. Dionis de s'assurer, en jetant sur ce même fumier de l'eau colorée par de l'aniline, que la filtration s'opérait facilement et venait altérer l'eau de la source, sinon l'eau de la source elle-même, du moins celle d'une petite source voisine amenée par une raie couverte auprès de la grande et coulant bord à bord à côté d'elle. La malveillance d'une population de paysans, ameutée contre les expérimentateurs, ne leur a pas permis de pousser la démonstration plus loin. Mais elle a clairement établi tout au moins la parfaite perméabilité du sol, ce qui est un point capital. Et on peut croire, sans être taxé de complaisance, que l'eau de la grande source eût été teintée comme celle de la petite, si l'expérience avait pu être répétée dans des conditions un peu différentes.

A l'appui de sa démonstration, M. Dionis nous a raconté quelques particularités bien remarquables qui la confirment absolument.

Dans les faubourgs, qui ne recevaient pas l'eau de Vallan, on ne note pas un seul décès.

La nouvelle caserne, l'asile d'aliénés ne reçoivent pas d'eau de Vallan, et n'ont pas un seul typhoïque. Entre les deux est placée la prison, qui est alimentée par les eaux suspectées, et qui fournit 14 malades.

Au milieu du quartier le plus éprouvé, se trouve une ruelle habitée par 60 vignerons, qui boivent l'eau d'un puits commun qui leur est spécial : aucun d'eux n'est malade.

Deux couvents sont situés l'un à côté de l'autre, séparés seulement par un mur d'appui; l'un reçoit les eaux de la ville; sur 39 habitants, on compte 7 malades. L'autre s'alimente à un puits particulier; sur 82 habitants, on ne compte qu'une malade, une petite fille qui était sortie du couvent, et avait bu de l'eau de Vallan.

Il semble donc prouvé que la cause de l'épidémie d'Auxerre est l'infection d'une source qui a été souillée par les déjections d'une typhoïdique. On peut et on doit innocenter complètement, dans l'espèce, les travaux de construction ou de réparations d'égouts, de conduites de gaz, puisqu'ils ont été faits indistinctement partout, et que certains points seuls, et précisément les points où l'eau de Vallan a pénétré, ont été touchés. On peut également absoudre la nappe d'eau souterraine, qui, vous le savez, a été mise en cause dans quelques épidémies; mais, dans ces cas, la nappe d'eau souterraine avait subi des variations importantes dans son niveau par suite de sécheresses alternant avec des périodes pluvieuses. Or, à Auxerre, ville construite sur une hauteur, la nappe d'eau souterraine est très profonde, et, cette année précisément, où les chaleurs ont été nulles, elle n'a subi aucune variation importante.

Toutefois, Messieurs, pour ne rien laisser passer en matière si délicate, un point me laissait dans l'esprit un certain doute. Je veux parler de la modification survenue dès le commencement de l'épidémie dans la distribution des eaux de la ville. Je m'explique. Dès le 7 septembre, en effet, ce ne sont plus les eaux de Vallan seules, c'est-à-dire les eaux suspectes d'infection, qui arrivent à Auxerre. On y adjoint les eaux de l'Yonne qui sont puisées par une turbine. Or, si on consulte le plan annexé au mémoire, on constate : 1° Que les eaux de Vallan, teintées en bleu, sont distribuées *exclusivement* aux faubourgs Saint-Amatre, et Saint-Julien, et à toute la partie S. E. d'Auxerre; 2° Que les eaux de l'Yonne, teintées en rouge, sont distribuées *exclusivement* au faubourg d'Egleny et à toute la partie N. O. d'Auxerre; 3° Enfin que le centre de la ville reçoit *conjointement* ces deux sortes d'eau. La mortalité est marquée sur la carte par des croix situées au domicile des décédés. Or, si cette mortalité est plus forte au S. E. (50) et au centre (12), qui donnent ensemble 62 décès, elle est encore très forte au N. O., qui en fournit 30. Il y avait là pour moi un point douteux; je l'ai soumis à M. Dionis; et voici les explications qu'il m'a fournies; je les transcris textuellement.

« Le plan annexé au mémoire représente la distribution modifiée par l'adjonction de l'eau de l'Yonne : c'est le plan nouveau. Sur le plan ancien, celui qui correspond au début de l'épidémie, les bornes-fontaines étaient beaucoup moins nombreuses; il n'y en avait aucune dans les faubourgs, excepté à l'abattoir. Jusqu'au 7 septembre, toutes les bornes étaient bleues, au nord comme au midi, à l'ouest comme à l'est, c'est-à-dire venaient de Vallan. »

Si cette explication signifie, comme je le pense, que l'eau de Vallan a pénétré dans le quartier N. O. au commencement de l'épidémie, elle vous paraîtra, je le crois, messieurs, suffisante; et, alors, la substitution exclusive dans ce quartier de l'eau de l'Yonne à l'eau de Vallan rendrait compte de la moindre léthalité qu'on y remarque. Telle est la seule réserve que je crois devoir faire.

En résumé, Messieurs, je pense que nous devons admettre que l'eau potable d'Auxerre a été contaminée par les déjections d'une typhoïque, et que telle est la cause d'une épidémie qui

s'est manifestée en quelques jours avec une intensité foudroyante. Nous devons donc, avec M. Dionis, partir de cette donnée pour engager les municipalités grandes et petites à surveiller avec la plus grande rigueur les eaux qu'elles distribuent, à entourer les sources d'un périmètre de protection, mesure absolument indispensable, à en assurer le captage et la conduite dans les meilleures conditions de pureté. C'est là un devoir étroit et rigoureux qui incombe à ceux de qui dépendent la santé et la vie des populations; et on ne saurait trop insister sur ce point d'hygiène publique si négligé jusqu'à ce jour. Comme conclusion pratique, je rappellerai en outre une précaution prophylactique qui devrait être générale en temps d'épidémie. Cette précaution bien simple, qui a été recommandée par M. H. Gueneau de Mussy, consiste à faire bouillir l'eau destinée à la boisson; on la laisse refroidir et on l'agite pour l'aérer avant de la boire. Ce procédé, usité par tous les voyageurs qui parcourent des contrées où l'eau est malsaine, et notamment en Cochinchine où il paraît efficace pour préserver de la diarrhée si dangereuse dans ce pays, me paraît, dans bien des cas, préférable à l'usage des eaux minérales; celles-ci, qui ne sont pas d'ailleurs accessibles à toutes les bourses, ne conviennent pas à tout le monde; elles ont d'assez nombreuses contre-indications, qu'on ne recherche pas assez souvent. J'ai vu dans le cours de l'épidémie actuelle, à Paris, leur usage prolongé déterminer dans la santé de certaines personnes des accidents qui auraient pu devenir sérieux, constipation, vertiges, congestion vers le foie, le cerveau, les reins, palpitations, etc. L'eau bouillie est peut-être un peu lourde à l'estomac; mais elle a moins d'inconvénients encore.

Maintenant, Messieurs, de ce que l'épidémie d'Auxerre est imputable à des eaux contaminées, est-ce à dire qu'il en sera toujours ainsi? Non, assurément. L'origine fécale de la fièvre typhoïde, pour parler comme M. Jaccoud, peut très bien se comprendre en dehors de toute ingestion d'eau, et ajoutons de lait. L'absorption pulmonaire y peut suffire. Les émanations des foyers d'aisances, des cloaques, des égouts, lorsqu'on y verse les résidus stercoraux, peuvent être le véhicule du principe typhogène, quel qu'il soit. Dans l'épidémie du 102e régiment de ligne, à Courbevoie, qui nous a été rapporté par M. le docteur Régnier (*Arch.* 1877), l'eau a paru irresponsable; le mal a frappé exclusivement sur les troupes casernées dans une série de bâtiments infectés par les émanations de latrines et d'égouts en mauvais état. Et que de fois cette origine a été la seule qu'on pût invoquer! Les *épidémies de maisons*, décrites par Griesinger, s'expliquent le plus souvent de cette manière, bien que parfois l'eau potable ait pu y jouer un rôle. Je citerai encore le mode de transmission par contact immédiat qui a été souvent observé dans des épidémies de village.

Faut-il admettre ou rejeter complètement, dès aujourd'hui, la théorie de l'évolution *spontanée* de la fièvre typhoïde? C'est là une grosse question, et je n'ai pas la prétention de la traiter. Mais, ainsi qu'on a pu le voir dans la récente discussion de l'Académie de médecine, cette théorie compte encore, parmi les médecins de la marine et de l'armée, des partisans autorisés et convaincus, qui sont venus affirmer à la tribune qu'on peut, en quelque sorte, faire naître et disparaître à volonté des épidémies typhoïdes, en favorisant ou en combattant l'encombrement, la malpropreté et le surmenage. Comment du reste comprendre, en dehors des épidémies, l'apparition de cas isolés dans des localités où on n'a jamais vu de fièvre typhoïde? D'où est-elle venue, dans l'observation de M. Dionis, cette fièvre typhoïde qui, dans une cour de ferme, au milieu d'habitants restés indemnes, a frappé cette jeune femme qu'on soupçonne aujourd'hui avoir été la cause inconsciente et irresponsable de l'épidémie d'Auxerre? Il y a là à coup sûr des questions fort obscures et qui compliqueront encore longtemps, selon toute probabilité, la théorie de la genèse des maladies épidémiques.

Néanmoins, il faut en convenir, de nombreuses observations analogues à celle que vient de nous communiquer M. Dionis, existent déjà dans la science. En Allemagne, en Danemack, en Angleterre, en Suède, en Russie, en Suisse, en Belgique, en Amérique, c'est monnaie courante. Dans son discours de 1877, à l'Académie de médecine, M. le professeur Jaccoud, sur 73 observations dans lesquelles l'eau potable a été incriminée, a trouvé que 22 fois on avait pu reconnaître dans cette eau la présence des déjections typhoïdes; et elle l'a été 11 fois sur 17 faits imputables à l'infection par le lait.

Depuis cette époque, les observations se sont multipliées; je ne saurais les relater toutes; qu'il me suffise d'en citer quelques-unes. En janvier 1878 à Glascow éclate un épidémie attribuée par le docteur Russell aux provenances d'une ferme où les déjections de deux typhoïques avaient été traitées avec la plus grande négligence. Une observation analogue a été rapportée l'an dernier à l'Académie de médecine par M. H. Gueneau de Mussy (fait observé à Paris par M. le docteur Bishop), et on en trouve d'autres exemples dans son rapport général sur les épidémies de 1888 (Marcolez, Tournemine).

Le docteur Marc (*Berl. Klin.*, 1879) rapporte une épidémie de maison dans une grande

ferme hollandaise, dans laquelle, sur 28 habitants, il y a eu 13 malades et 3 décès; l'eau potable était vraisemblablement souillée par des infiltrations venant des latrines.

L'an dernier je vous ai communiqué ici même, et M. Hardy a communiqué à l'Académie de médecine, l'intéressante observation du docteur Patay, d'Orléans. Au cours de l'épidémie qui frappa cette ville en 1879, le faubourg Saint-Marceau, situé sur la rive gauche de la Loire, fut complètement épargné; dans la ville même, située sur la rive droite, on constate que, sur 102 malades, 70 faisaient usage d'eau de puits; or, l'eau du Loiret ayant été distribuée dans la ville depuis quelques années, bon nombre de propriétaires avaient transformé en fosses d'aisances leurs anciens puits, qui ont infecté la nappe souterraine commune à tous les puits de la ville.

Il faut l'avouer, Messieurs, en présence de ces faits qui vont toujours se multipliant, la théorie de l'*origine spontanée* de la fièvre typhoïde perd tout le terrain que gagne la théorie de l'*origine transmise*. Nous sommes, nous autres Parisiens, aussi mal placés que possible pour étudier et résoudre cette question. C'est aux médecins exerçant dans des milieux où l'endémicité n'existe point, ou est beaucoup moins marquée qu'à Paris, c'est aux médecins de province, et spécialement aux médecins de campagne qu'il appartient de fournir sur ce point les documents les plus précis, les seuls concluants; et vous avez pu juger, en écoutant notre confrère d'Auxerre, que ce n'est pas toujours chose facile, même en province. Notre rôle, à nous, c'est surtout d'appeler, de favoriser le plus que nous pourrons les travaux semblables à celui dont je viens de vous parler, de remercier et d'encourager autant qu'il est en nous leurs auteurs.

C'est pourquoi, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer : 1° de renvoyer le mémoire de notre confrère au comité de publication pour le faire insérer intégralement dans nos bulletins; 2° d'inscrire M. le docteur Dionis des Carrières comme candidat au titre de membre correspondant de notre Société.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie que, conformément à sa proposition, il vient de déléguer officiellement M. Henri Bouley pour la représenter au Congrès international de médecine vétérinaire qui s'ouvrira, à Bruxelles, au mois de septembre prochain.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. Philbert sur les modifications qu'un récent tremblement de terre a pu faire subir à la composition et à la thermalité des eaux de Brives-les-Bains. Il a été constaté une augmentation des sels portant particulièrement sur le chlorure de sodium.

2° Une note de M. le docteur Burq sur les propriétés antiseptiques du cuivre.

3° Une note de M. le docteur Spiridion Kanellis (d'Athènes) relative à une nouvelle théorie hémodynamique sur la production du premier bruit du cœur.

4° Une étude statistique et étiologique de la fièvre typhoïde au 17° régiment de dragons, par le docteur Cabanié, médecin aide-major.

—

M. Durand-Fardel présente, au nom de M. le docteur Garrigou, deux brochures intitulées : 1° *Richesses thermales et avenir de Dax*; 2° *Étude sur la source de la Néhe, dite Fontaine-Chaude de Dax.*

M. Empis présente, au nom de M. le docteur W. Grollemund, médecin de l'hôpital de Saint-Dié, une brochure intitulée : *Empoisonnement par le chlorate de potasse*; — deux observations de *cirrhose hypertrophique biliaire.*

M. Larrey offre en hommage, en son nom et au nom de M. Gosselin, les discours prononcés par eux aux obsèques de M. Cloquet.

M. Laboulbène présente, en son nom et au nom de M. Mégnin, un *Mémoire sur les Argas de Perse.*

M. Henri Roger présente, de la part de M. le docteur Roger, secrétaire général de la So-

ciété havraise d'études diverses, un opuscule intitulé : *Voltaire malade*, étude historique et médicale.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Féréol; — en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Hayem et Vidal; — en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Desnos et Dumontpallier; — en quatrième ligne, M. Ferrand.

Le nombre des votants étant de 77, majorité absolue 39, M. Féréol obtient 34 voix, M. Hayem 21, M. Vidal 14, M. Dumontpallier 5, M. Desnos 1, M. Milne-Edwards 1, bulletin blanc 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 76, majorité 39, M. Féréol obtient 51 suffrages, M. Hayem 20, M. Vidal 5.

En conséquence, M. Féréol ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde. — La parole est à M. Henri Bouley.

M. Bouley n'a pas la prétention d'intervenir dans cette discussion, au nom de son expérience personnelle, mais il a entendu émettre à la tribune des propositions et soutenir des doctrines contre lesquelles il croit devoir protester.

M. Peter, traitant avec ironie la méthode microbienne, a déclaré qu'il ne croyait pas à l'invasion des parasites dans la pathologie, invasion qui serait, a-t-il dit, pour la médecine comme une onzième plaie d'Egypte; il a pris la parole pour réagir contre les tendances d'un certain nombre de médecins à verser dans la chimiatrie moderne, et il a dit qu'il espérait que l'on inscrirait quelque jour, le plus tard possible, sur sa tombe cette épitaphe : « Il combattit la chimiatrie ». M. Bouley espère que M. Peter vivra assez longtemps pour qu'il n'y ait pas lieu de faire inscrire sur sa tombe une semblable épitaphe, qui serait pour sa mémoire une cruelle épigramme. Evidemment l'esprit si distingué de M. Peter ne s'est pas encore adapté aux idées nouvelles, relatives à l'influence de la doctrine microbienne sur la pathogénie et la prophylaxie des maladies infectieuses.

Il est incontestable qu'un règne nouveau a été découvert dans la nature, un monde d'êtres infiniment petits dont on ne se doutait pas il y a quelques années et dont le rôle, en pathologie, n'était pas même soupçonné.

Si l'on se reporte, en effet, à quelques années en arrière, qui ne se rappelle l'obscurité profonde dont étaient enveloppées alors les questions de virulence et de contagion ? On ignorait tout ou à peu près sur ces matières. On sait quels travaux ont fait sur tous ces points une lumière éclatante. Grâce aux travaux de Davaine, qui a été le précurseur en découvrant le fait primordial, la bactéridie charbonneuse; grâce aux travaux de M. Pasteur, qui a été le généralisateur de la doctrine; grâce, enfin, aux travaux de M. Chauveau qui l'a complétée sur quelques points, la question de la virulence et de la contagion est aujourd'hui absolument jugée. On sait aujourd'hui que la virulence est une fonction de l'élément vivant. Cet élément est tantôt isolable, cultivable, susceptible d'une étude expérimentale, c'est le microbe, en un mot : tantôt c'est un corpuscule dont la nature n'est pas encore connue, mais dont la vitalité se révèle par des effets constants, toujours les mêmes lorsqu'on se place dans des conditions identiques.

Il y a donc deux classes à établir dans les maladies contagieuses : 1° les *microbiennes*, celles qui sont dues à la présence d'un microbe; 2° celles qui dépendent de la présence d'un élément vivace, mais non encore parfaitement spécifié. Cette classification n'est, d'ailleurs, que provisoire, et rien ne prouve que les maladies de la seconde classe ne finiront pas par rentrer toutes dans la première, celle des maladies microbiennes. Exemple, la morve qui est devenue aujourd'hui une maladie microbienne, grâce aux expériences de MM. Bouchard et Charrin, grâce aussi a celles d'un vétérinaire de Berlin, élève de M. Koch. Exemple encore, la tuberculose qui est devenue également une maladie microbienne, depuis que l'on a démontré que chaque tubercule est, en quelque sorte, un nid de germes, de même que dans la trichinose, chacun des kystes développés dans les muscles est un nid de trichines.

Chaque tubercule pulmonaire est le résultat de la présence, sur le point où il s'est développé, d'un germe de microbe qui a pullulé et a déterminé sur place une irritation spéciale.

De même le chancre de la morve est le produit de la pullulation et de l'accumulation

d'éléments vivants qui ont déterminé la destruction des tissus dans lesquels cette pullulation et cette accumulation ont eu lieu.

Le chien, qui est réfractaire à la morve, n'en présente pas moins, lorsqu'il est inoculé avec le virus morveux, un phagédénisme local dû à l'action des éléments virulents; mais il ne se produit pas d'infection générale, le plus ordinairement. La doctrine microbienne vient d'ouvrir à la pathologie une voie absolument nouvelle et fait connaître des lésions jusqu'alors invisibles.

On savait, par exemple, que la rage est une maladie essentiellement virulente; on ne savait pas qu'elle est le résultat d'un ensemencement spontané de l'élément virulent dans le système nerveux. La notion du germe, de l'ensemencement du germe virulent a conduit à constater l'existence, dans le cerveau et la moelle, de germes qui, quoique non déterminés, non isolables, mais inoculables, ont reproduit la maladie par l'inoculation de la substance nerveuse où se fait leur pullulation et leur accumulation. On peut se demander si les phénomènes nerveux que l'on observe dans la fièvre typhoïde ne dépendraient pas de l'ensemencement du système nerveux par un microbe spécial, comme cela a lieu pour la rage.

Quelle clarté se répand sur la symptomatologie, quand on l'étudie à la lumière de la doctrine microbienne !

Voilà, par exemple, le *rouget*, maladie du porc caractérisée par une éruption qui se manifeste sur la peau par les plaques rouges dont on ne savait à quoi attribuer la nature. On sait aujourd'hui que le rouget est produit par un microbe d'une petitesse infinie, isolable, cultivable, atténuable, qui manifeste son existence par ces plaques rouges et qui montre la nature virulente de la maladie, susceptible d'être combattue par l'inoculation du virus atténué, comme vient de le démontrer M. Pasteur.

Au point de vue de la prophylaxie des maladies contagieuses, la doctrine parasitaire ou microbienne, traitée avec tant de dédain, n'a-t-elle pas rendu et n'est-elle pas appelée à rendre les plus grands services ? Cette prophylaxie n'est-elle pas arrivée aujourd'hui à un tel degré de perfection que l'expérience a pu s'emparer des virus les plus mortels, les cultiver, les atténuer au point de les transformer en vaccins bienfaisants ? N'est-ce pas ce qu'elle a fait déjà pour le choléra des poules et le charbon ?

Grâce à la notion du microbe, la thérapeutique s'est enrichie de la découverte la plus grande, la plus utile qui ait été faite dans tous les pays et dans tous les temps, celle de rendre les maladies les plus mortelles susceptibles d'être *vaccinifiées,* si l'on peut ainsi dire, grâce à la transformation, au moyen de la culture, de l'élément mortel de la virulence !

Et ce n'est pas seulement le grand fait de la vaccination préservatrice de toutes les maladies virulentes qui ressort de cette grande découverte; il vient de se produire à l'École vétérinaire de Vienne une tentative des plus heureuses de prophylaxie des maladies virulentes, qui consiste à placer les animaux inoculés dans des conditions de milieu défavorables au développement et à la pullulation du microbe spécial à telle ou telle de ces maladies.

Voici d'abord un premier fait assez probant : On coupe un citron en deux parties qui sont ensemencées avec des germes de moisissures; l'une de ces moitiés est laissée à l'air libre, l'autre est placée sous une cloche dans une atmosphère d'hydrogène sulfuré. Or, au bout de quelque temps, la moitié laissée à l'air libre se couvre de moisissures, tandis que l'autre moitié placée dans l'hydrogène sulfuré reste complètement indemne.

Autre expérience plus concluante encore : On prend deux groupes de souris que l'on inocule avec le virus de la septicémie; comme dans l'exemple du citron, l'un de ces groupes est laissé à l'air libre, l'autre est placé dans un mélange d'air et d'hydrogène sulfuré, tel qu'il ne puisse exercer une influence fâcheuse sur la vie de ces petits animaux; or, tous les animaux du premier groupe meurent et présentent dans le sang les vibrions de la septicémie, tandis que les souris placées dans l'atmosphère sulfhydrique demeurent complètement indemnes de toute atteinte morbide.

Autre expérience : Deux lots de moutons sont inoculés avec le virus de la clavelée; l'un est laissé libre à l'air extérieur; l'autre est placé, comme le deuxième groupe de souris de l'expérience précédente, dans une atmosphère contenant une certaine proportion non toxique de gaz hydrogène sulfuré; or, comme dans le cas précédent, le groupe qui vit à l'air libre contracte la clavelée, tandis que le groupe vivant dans l'atmosphère de gaz hydrogène sulfuré ne prend pas la maladie.

Ainsi, en modifiant le milieu extérieur dans lequel vivent les animaux inoculés, on arrive à modifier leur milieu intérieur, de telle façon qu'il n'est plus susceptible de servir de milieu de culture au microbe ou aux éléments de la virulence.

En supposant que ces résultats soient exacts, ce que la date trop récente de ces expériences ne permet pas d'affirmer d'une manière absolue, ne voit-on pas quelles conséquences heureuses peuvent en résulter pour la prophylaxie des maladies contagieuses de l'espèce humaine

et particulièrement de la variole et de la fièvre typhoïde. Ne serait-il pas possible de faire dégager dans les salles des malades du gaz hydrogène sulfuré en proportion telle que, sans incommoder sérieusement les malades, il puisse placer leur milieu intérieur dans des conditions réfractaires au développement et à la pullulation de l'élément actif du virus varioleux ou de la fièvre typhoïde?

Il ne faut pas croire, en effet, qu'il faille toujours des doses considérables de l'agent antiseptique pour obtenir les effets préservatifs, et que l'agent septique ou le microbe ne puisse être tué qu'à la condition de tuer du même coup le malade.

M. Jaccoud a lancé les foudres de son éloquence contre les médecins qui accumulent, a-t-il dit, tous les agents parasiticides à la fois, pour aller combattre les parasites, si bien qu'à la façon de l'ours de la fable, qui cassait la tête à son maître en écrasant la mouche, ces médecins tuent leurs malades en voulant tuer les microbes. La médecine humaine peut profiter des expériences faites sur les ferments. Ce qui résulte de ces expériences, c'est qu'il n'est pas besoin d'une quantité considérable de l'agent antiseptique, mais qu'il suffit d'une dose minime pour obtenir les effets thérapeutiques.

Ainsi M. Rollin, faisant l'étude expérimentale du développement de l'*aspergillus niger* dans divers liquides, a trouvé, après une série de tâtonnements, un liquide contenant dix ou douze substances différentes les plus propres à favoriser ce développement. Or, il a constaté qu'en retirant de ce composé le sulfate de zinc, qui n'entre cependant que pour un 7/100e dans la constitution de cette solution, le développement de l'*aspergillus niger* se trouve réduit au dixième de ce qu'il était avant cette soustraction.

Un autre expérimentateur, M. Duclaud, a montré qu'il suffisait de mettre dans le liquide où s'opère la végétation de l'*aspergillus*, 1/1600 millièmes de nitrate d'argent pour que cette végétation s'arrête aussitôt. La production de l'aspergillus, qui était de 25 grammes sans nitrate d'argent, se trouve réduite à 0 avec ce sel. L'influence des sels d'argent est telle qu'il n'est pas possible de cultiver l'aspergillus dans un vase d'argent.

En supposant que l'aspergillus soit un parasite capable de déterminer une maladie chez l'homme, il suffirait de donner, dans ce cas, 40 milligrammes de nitrate d'argent, en admettant que l'organisme tout entier soit un milieu de culture favorable. Si le seul milieu de culture était le sang, il suffirait de 5 milligrammes de ce sel.

Ce n'est donc pas par des masses médicamenteuses que l'on doit s'attaquer aux parasites, mais par des agents antagonistes donnés en proportions parfaitement inoffensives pour l'organisme.

Dans la dernière séance de la Société d'agriculture, M. Pasteur a fait connaître ce fait intéressant, à savoir que lorsqu'on a ensemencé la surface du cerveau d'un animal avec du virus puisé dans un cerveau d'animal enragé, cet ensemencement donne lieu à la pullulation d'éléments de virulence dans le cerveau, la moelle allongée et la moelle de l'animal ainsi inoculé. M. Pasteur ajoute que la substance du pneumogastrique pris soit à sa sortie du crâne, soit à son entrée dans la cavité thoracique, semée sur le cerveau d'un chien, détermine également l'explosion de la rage chez cet animal.

Il sera curieux de reproduire cette dernière expérience avec la substance des nerfs émanés soit du cerveau et de la moelle allongée, soit de la moelle. Quoi qu'il en soit, on peut dire que le microbe de la rage est aujourd'hui trouvé, bien qu'il n'ait pu encore être cultivé.

Enfin, un fait dont l'importance n'échappera à personne, vient d'être observé dans le laboratoire de la rue d'Ulm. Six chiens inoculés avec du virus rabique par un procédé particulier sont devenus absolument réfractaires à la rage; ils sont vaccinés. Voilà donc trouvés à la fois et le microbe de la rage et le vaccin de cette terrible maladie.

L'étude expérimentale des virus à montré que les agents actifs de ces liquides sont des ferments susceptibles d'être modifiés par la culture. L'oxygène de l'air est le moyen dont s'est servi M. Pasteur pour obtenir cette modification. M. Chauveau a eu recours à un autre procédé; il a substitué à l'oxgène de l'air la chaleur, et il est arrivé, par ce moyen, à transformer les virus en vaccins.

Des expériences de laboratoire démontrent qu'en agissant par la chaleur sur le milieu interne dans lequel le virus a été ensemencé, on peut obtenir tantôt la pullulation tantôt la non-pullulation de l'élément virulent.

M. Bouley rappelle, à ce sujet, la curieuse expérience de M. Pasteur qui a réussi à communiquer le charbon aux poules, en abaissant la température du corps de l'animal dans un bain froid. C'est là un fait qui a, au point de vue de la physiologie et de la pathologie générale, une importance considérable, en ce qu'il établit pour la première fois le déterminisme d'une réceptivité morbide, c'est-à-dire, en d'autres termes, les conditions déterminantes qui font que l'organisme reçoit ou ne reçoit pas l'action d'une cause morbide. Ainsi voilà une poule qui, dans les conditions ordinaires, est réfractaire à l'action du virus charbonneux; on

la refroidit et alors cette même poule contracte le charbon; la bactéridie pullule dans son organisme; mais cette pullulation s'arrête dès que l'on rend à l'animal sa chaleur normale.

M. le docteur Gibier a fait une expérience qui est la contre-partie de la précédente, mais qui n'en montre pas moins, par le contraste même, l'influence de la chaleur sur les milieux de culture des microbes. On sait que la grenouille, dans les conditions ordinaires, ne contracte pas le charbon; mais si, à l'exemple de M. Gibier, on élève la température du corps de l'animal, on réussit à lui communiquer le charbon. Par contre, si après lui avoir inoculé le charbon, on remet la grenouille dans l'eau froide, son milieu ordinaire, c'est-à-dire si on la traite par la méthode de Brand, on la voit guérir spontanément.

Les reptiles, les batraciens, en général tous les animaux à sang froid, ne prennent jamais la trichinose dans les conditions ordinaires; mais si on les place dans un milieu chaud, on peut leur donner la maladie dont on les guérit ensuite en les replaçant dans un milieu froid. La température des milieux intervient donc d'une manière très active, soit pour favoriser, soit pour arrêter le développement des éléments actifs des maladies virulentes, des microbes, en un mot.

M. Peter ne semble pas avoir su encore suffisamment adapter son esprit à ces idées nouvelles, lorsque, dans son discours, il a pris à partie la méthode de Brand et qu'il a dirigé une critique si sévère contre l'idée qu'a eu ce médecin de vouloir établir une analogie entre le phénomène de la fermentation et celui de la fièvre.

Brand, suivant M. Bouley, méritait d'être traité avec plus d'égards pour s'être consacré depuis vingt ans à l'étude et à l'application d'un mode de traitement de la fièvre typhoïde que beaucoup de médecins, après lui, considèrent comme supérieur aux autres en efficacité.

Cette idée de Brand, qui lui a attiré l'épithète de fou, lancée avec trop peu de mesure par M. Peter, du haut de la tribune retentissante de l'Académie de médecine, cette idée de comparer la fièvre à une sorte de fermentation n'est cependant pas si folle que M. Peter veut bien le dire. Cette idée est même tellement dans la nature des choses que, depuis l'origine de la science, les médecins ont constamment, comme par une sorte d'instinct, établi cette comparaison entre la fièvre et la fermentation. Ce rapport entre la fermentation et la fièvre, admis d'instinct par les médecins de tous les temps, devait trouver de nos jours sa démonstration scientifique, lorsque M. Pasteur a montré que la fermentation était fonction de microbes spéciaux, et que la contagion, la virulence sont également fonction d'éléments vivants, de microbes particuliers à chacune des maladies virulentes ou contagieuses.

Dans la catégorie où M. Peter a rangé le docteur Brand, il faudrait donc ranger aussi MM. Pasteur et Davaine, et M. Chauveau qui a dit : « Le virus, c'est le ferment. » M. Bouley, pour sa part, n'hésite pas à se ranger parmi les partisans de cette doctrine. La fermentation et la fièvre sont deux phénomènes qui ont un rapport commun, la production de la chaleur.

Or, le phénomène de l'excès de chaleur dans la fièvre, auquel M. Peter n'accorde qu'une importance secondaire, doit être considéré comme le phénomène principal, ainsi que l'a montré Claude Bernard avec ce génie d'expérimentation qui le caractérisait. C'est là, suivant lui, l'ennemi à combattre, le véritable danger à conjurer. Il a appuyé cette proposition sur cette expérience célèbre dont M. Peter a parlé avec trop peu de respect quand il a dit : « Claude Bernard ne s'est pas aperçu qu'il avait cuit son moineau à l'étuvée. »

Or, Claude Bernard avait voulu se rendre compte expérimentalement de la quantité de chaleur que pouvait supporter l'organisme, sans en mourir, quand il se trouvait placé dans l'impossibiiité de rien perdre de cette chaleur. Il a montré que l'organisme ne peut supporter sans danger une quantité de chaleur supérieure de 4 ou 5 degrés à la température normale. Il se fait, suivant lui, sous l'influence de cet excès de chaleur, une véritable intoxication de l'organisme qui est tué par le cœur, par les muscles, par le sang. Il applique ces données expérimentales à l'homme malade, et il se demande si l'homme soumis pendant des semaines à l'influence d'une température interne élevée de plusieurs degrés au-dessus de la normale, ne se trouve pas placé dans les conditions de l'animal à l'étuve, et ne court pas le risque de subir ces dégénérescences de tissus qu'il a constatés sur les animaux en expérience.

L'idée formulée par Claude Bernard, c'est que la chaleur acquise par l'influence du milieu extérieur, ou qui résulte d'une fermentation intérieure, constitue, par son excès, un danger contre lequel il faut lutter en soustrayant à l'organisme cette chaleur en excès à mesure qu'elle se produit.

Claude Bernard aurait été heureux de voir son expérience confirmée par les résultats obtenus à Lyon dans le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, suivant la méthode de Brand. Comme Brand, comme les médecins de Lyon, Claude Bernard a été un naïf, suivant l'expression de M. Peter; il a cru « que c'était arrivé », et que l'on pouvait guérir la fièvre typhoïde en soustrayant à l'organisme l'excès de chaleur résultant de la fermentation inté-

rieure. M. Bouley, lui aussi, demande à être rangé à côté de Claude Bernard dans la catégorie des naïfs. Et il est heureux qu'il y ait dans le monde des naïfs pour croire aux idées nouvelles, pour les défendre contre les attaques du scepticisme railleur, pour lutter contre l'indifférence et le refus d'examen qu'on leur oppose trop souvent.

M. Bouley se déclare partisan convaincu des idées de Brand; il croit à l'excellence de sa méthode de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids; il espère que cette méthode finira par s'imposer par sa propre valeur et par ses résultats à la pratique des médecins.

Cette méthode, qui a excité la verve railleuse de M. Peter, qui a été appelée ironiquement « méthode de pompier », a subi cependant avec honneur le contrôle de vingt ans d'expérience à Stettin et à Lyon. Il n'est pas possible de croire qu'un si grand nombre de médecins allemands ou lyonnais, qui l'ont mise en pratique, l'aient appliquée en aveugles, sans discernement, et se soient bornés purement et simplement au rôle du pompier, qui jette de l'eau pour éteindre un incendie. Eh quand cela serait, si la méthode de Brand réussit à éteindre la fièvre comme le pompier éteint les incendies, elle a certes du bon, et peut-être est-elle plus efficace que la médecine du bon sens.

Un fait a beaucoup frappé M. Bouley, c'est que, dans le cours de la discussion, à part M. Peter, aucun des membres qui ont pris la parole n'a contesté l'efficacité de la méthode de Brand. Tous, au contraire, lui ont rendu hommage. Les médecins de Lyon, qui ont refusé de signer la déclaration lue à la tribune par M. Franz Glénard, n'en ont pas moins reconnu que cette méthode leur avait été, dans certains cas très graves, une ressource très puissante. M. Léon Colin a dit que, pour sa part, il s'en constituerait volontiers le promoteur dans l'armée. M. Jaccoud, dans ses *Leçons* sur la fièvre typhoïde, qu'il vient de publier, déclare que, dans les cas les plus graves, il donne la préférence aux bains froids sur les lotions froides et sur les autres moyens de traitement de la fièvre typhoïde.

Enfin, l'efficacité de la méthode de Brand ressort de nombreux documents, d'une valeur indiscutable, fournis par M. Franz Glénard à M. Bouley, principalement empruntés à des statistiques dressées en Allemagne, et relatives aux résultats du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids dans l'armée prussienne.

Il résulte de ces documents, que M. Franz Glénard doit à l'obligeance du médecin en chef de l'état-major général de l'armée, que la plus faible mortalité, par fièvre typhoïde, a constamment été observée dans les corps d'armée où le traitement par les bains froids a été le plus généralement et le plus scrupuleusement appliqué. L'abaissement de la mortalité de la fièvre typhoïde a toujours suivi les progrès croissants de l'emploi de la méthode. Cela résulte, avec la plus remarquable unanimité, de l'ensemble des rapports adressés par les médecins des divers corps d'armée. La moyenne de la mortalité dans ces corps est descendue à 8, 7, 6 et même 5 p. 100, partout où la méthode de Brand a été scrupuleusement appliquée.

Après avoir donné connaissance à l'Académie de ces divers documents, M. Bouley termine en émettant l'espoir que devant de pareils résultats, les convictions ébranlées se raffermiront, que les irrésolus, les douteurs, les sceptiques sans parti pris seront convaincus, et qu'enfin la France retirera du triomphe et de la généralisation de la méthode les heureux effets obtenus en Allemagne.

M. Blot exprime le regret que M. Bouley, en exposant, d'après ces documents, les résultats du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, n'ait pas dit un seul mot de l'époque à laquelle le diagnostic avait été posé.

M. Bouley répond que le diagnostic a été posé dès le début de la maladie.

M. Blot fait observer que le diagnostic est souvent impossible à établir avant le 5e, 6e et 7e jour. il est donc difficile de savoir si bon nombre de maladies ainsi traitées étaient bien réellement des fièvres typhoïdes. Les statistiques communiquées par M. Bouley ne sont donc nullement démonstratives.

M. Bouley réplique que l'abaissement de la mortalité dans l'armée prussienne, par suite de la généralisation de la méthode de Brand, constitue une démonstration suffisante.

M. Peter demande que la parole lui soit accordée dans la prochaine séance pour répondre à M. Bouley

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Chatin sur les titres des candidats à la place de membre correspondant national dans la 4me division.

VARIÉTÉS

L'ODONTOLOGIE EN ANGLETERRE.

M. le docteur Galippe, dans un rapport sur l'*enseignement de l'odontologie*, adressé au Ministre de l'instruction public, établit avec raison que dans ce pays où, dit-on, la liberté n'a guère de limites, on s'est aperçu avec raison de la nécessité de mettre une barrière aux entreprises audacieuses et nombreuses du charlatanisme. Tel était le but du *Medical Art* du 2 août 1862, et de la création du *Medical Register*, qui ne ressemble guère à nos listes officielles fautives, pleines de lacunes et d'inexactitudes, à Paris du moins, malgré l'estampille préfectorale dont elles portent l'empreinte.

Ces dispositions relatives à l'exercice de la médecine et de la chirurgie dans le Royaume-Uni, ont été imitées dans le *Dentist's Acts*, qui y régit maintenent la profession de dentiste. Ces praticiens sont donc inscrits, comme les médecins et les chirurgiens légalement diplomés, sur un registre spécial, par l'intermédiaire d'une Commission, véritable conseil de discipline, chargée de la vérification des diplômes et de la radiation des inscrits, ayant démérité dans la vie privée ou l'exercice professionnel. Les réfractaires encourent les plus graves responsabilités, et tombent sous le coup des poursuites judiciaires, chaque fois qu'ils sont reconnus coupables par maladresse ou par abstention.

Cette réglementation a ses avantages, et il serait désirable que la brochure du docteur Galippe fût lue de nos législateurs et méditée par nos administrateurs. En sera-t-il ainsi ? Nous en formons le vœu. Puisse ce vœu n'être pas un souhait seulement platonique ! — Ch. E.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 2 au 8 mars 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,140. — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 10. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 46. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 8. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 56. — Phthisie pulmonaire, 245. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 62. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchites aiguës, 49. — Pneumonie, 95. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 60; au sein et mixte, 22; inconnus, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 108; circulatoire, 67; respiratoire, 82; digestif, 43; génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 3. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 10e semaine. — Il a été notifié, pendant la 10e semaine, au service de la statistique municipale, 1,322 naissances et 1,140 décès.

Ce dernier chiffre est sensiblement inférieur à la moyenne des décès constatés pendant les quatre dernières semaines, qui est de 1,186.

A l'égard des affections épidémiques ou contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (29 décès au lieu de 31), et surtout pour la Rougeole (9 au lieu de 23). Les autres affections de la même catégorie sont à l'état stationnaire.

Cependant une maladie contagieuse, l'Érysipèle, a causé cette semaine 8 décès au lieu de 2, relevés pendant la semaine précédente.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux montre que le nombre des admissions, pendant la période du 26 février au 4 mars, a été : pour la Fièvre typhoïde, de 58 au lieu de 76 (chiffre de la période précédente); pour la Variole, de 24 au lieu de 31; pour la Diphthérie, de 33 au lieu de 36.

Ces divers chiffres sont l'indice d'un état sanitaire satisfaisant.

Mais si les décès par Rougeole ont diminué d'une façon sensible, il est à noter que les cas d'invasion de cette maladie signalés par les médecins traitants s'élèvent cette semaine au nombre de 72, supérieur à ceux des semaines précédentes.

On remarquera le nombre élevé des décès dus à la Phthisie pulmonaire (245). Ce chiffre est le plus fort qui ait été enregistré, du chef de cette affection, depuis la période du 10 au 16 février 1882.

L'étude de la répartition locale des décès dus au Croup indique comme plus particulièrement frappé le quartier de *Clignancourt*. Sur les cinq décès diphthériques rapportés à ce quartier, quatre ont atteint des enfants soignés dans les hôpitaux, mais qui, selon toute vraisemblance ont contracté la maladie au domicile de leurs parents. Or, il est remarquable que ces divers

domiciles sont compris dans le quadrilatère relativement peu étendu formé par les rues Montcalm, du Poteau, Hermel et Marcadet.

FORMULAIRE

Bougie antiblennorrhagique. — W. Cheyne.

Iodoforme	0 gr 30 centigr.
Huile d'eucalyptus.	10 gouttes.
Beurre de cacao	2 gr 10 centigr.

F. s a. une bougie, qu'on introduit dans l'urèthre, et qu'on y laisse jusqu'à ce qu'elle soit dissoute. — On fait ensuite une injection avec une solution aqueuse saturée d'acide borique ou bien avec une émulsion d'huile d'eucalyptus (Gomme pulv. 14 gram., huile d'eucalyptus 14 gram., eau de 250 à 500 gram). On se sert de cette injection pendant 2 ou 3 jours, après quoi on peut recourir aux injections de sulfate de zinc (0 gr. 12 cent. de sulfate de zinc pour 28 gram. d'eau distillée). L'écoulement blennorrhagique continue pendant un jour ou deux, puis il diminue graduellement, et cesse complètement, selon l'auteur, dans l'espace de 8 à 18 jours. — N. G.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui suprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

—

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris, aura lieu le 31 mars, à 7 heures un quart, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence du professeur Hardy.

Le prix de la cotisation, 20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice, pourra être donné dans les hôpitaux à l'interne en médecine économe de la salle de garde ou bien remis à l'un des commissaires du banquet, MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Émile).

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur B. Vladescu, un des principaux rédacteurs du *Progresul medical Roman*, décédé à Bucharest, le 6 février dernier.

Prix de la Société française d'hygiène, *Concours de* 1883. — La Société française d'hygiène a mis au concours pour l'année courante, sur la proposition de la commission présidée par M. le docteur Passant, les questions suivantes :

1° Hygiène et éducation physique de la deuxième enfance (période de six à douze ans) ; 2° des mutilations professionnelles et plus spécialement des mutilations des membres dans l'industrie privée et l'agriculture ; des moyens de les éviter ; des moyens de les atténuer.

Les mémoires auront l'étendue d'un *tract* de trente-deux pages in-12. La Société propose pour ces deux concours : une médaille d'or de la valeur de 250 francs ; une médaille d'argent ; deux médailles de bronze. — On recevra les mémoires en français, anglais, allemand, espagnol et italien. Ils devront être remis avant le 31 décembre 1883, dernier délai, au siège de la Société, 30 rue du Dragon, Paris.

Errata. — *Des effets antithermiques du sulfate de quinine*, etc., par le docteur F. Sorel.

1° N° 28, page 328, ligne 1re, lire : 1 gr. avec 4 gr. de salicylate, au lieu de 1 gr. avec 1 gr.

2° N° 34, page 399, ligne 3me, placer le paragraphe suivant omis : « C'est qu'il y a lieu de compter avec deux facteurs différents : l'exaltation fébrile qui fait courir de moindres dangers au malade et cède plus facilement aux antithermiques, et la perversion fébrile. Le second élément. . . . . »

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE CHIRURGICALE

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES SYPHILIDES TRAUMATIQUES,

Par M. Ozenne, interne du service,

Revue par M. Verneuil.

Depuis que M. Verneuil et ses élèves ont mis en lumière l'influence des états constitutionnels et des diathèses sur le résultat des opérations chirurgicales, et le retentissement du traumatisme sur ces mêmes états et sur ces mêmes diathèses, chaque jour apporte des preuves à l'appui de ces idées utiles.

En France, la partie est gagnée : La constitution des blessés est soumise à des investigations minutieuses et, sauf les cas d'urgence, les indications opératoires sont réglées par l'état général des malades.

Le progrès s'accomplira un jour ou l'autre à l'étranger ; en attendant, comme l'ensemble de ces études présente encore des lacunes, il est bon de multiplier les faits : ceux-ci sont déjà nombreux pour le rhumatisme, la goutte, le cancer, la tuberculose, le diabète, le paludisme; nous apportons notre contingent au dossier de la syphilis.

M. L.-H. Petit et quelques chirurgiens, M. Malécot et notre maître, M. Verneuil lui-même, ont déjà fourni des matériaux ; nous y joignons les nôtres. Mais avant de citer les faits qui nous appartiennent, nous nous croyons autorisés à donner un court résumé des observations les plus récentes, publiées par MM. Verneuil et Malécot.

Obs. I. — *Amputation de la jambe gauche pour un pied bot varus ancien : Syphilis*

FEUILLETON

CAUSERIES.

Avez-vous jamais songé à vous demander comment le genre humain est devenu malade ? Car enfin, il n'est pas naturel que nous soyons sujets aux maladies, et il serait beaucoup plus simple que l'humanité fût toujours bien portante, ce qui diminuerait quelque peu la somme de ses misères. Pourquoi donc cet équilibre instable, pourquoi l'état normal, qui constitue la santé, cède-t-il si souvent la place aux innombrables dérangements d'où résultent les maladies?

C'est un privilège de l'espèce humaine, et tout porte à croire que les animaux, à l'état de liberté, ne sont jamais malades. Ceux que nous prenons à la chasse, à la pêche, ou autrement, ne laissent voir aucune trace de maladie; celle-ci semble inconnue aux êtres restés libres et vivant de leur existence naturelle. Un point que le professeur Küss se plaisait à mettre en lumière, dans son cours de physiologie, c'est la différence des fonctions des muqueuses chez l'homme et chez les animaux. L'état normal des muqueuses, disait-il, c'est un certain degré d'humidité et de souplesse, mais sans la moindre sécrétion apparente ; le mucus est une anomalie, un produit morbide des muqueuses, qui existe chez l'homme, parce que l'homme n'est jamais en état de santé parfaite, mais qui manque chez les animaux ; leurs muqueuses se maintiennent lubrifiées par un produit insensible de la fonte des cellules, mais ne donnent pas de sécrétion en excès.

Il est bien entendu que cette ignorance de la maladie ne concerne point les animaux que

méconnue. Accidents syphilitiques généraux et locaux. Traitement par les injections hypodermiques de sublimé et les frictions mercurielles; guérison, par Gross, de Nancy (1).

« Fille de 27 ans, de constitution robuste, entre à l'hôpital Saint-Léon en août 1876. Deux ans auparavant, elle a été traitée dans le service des maladies syphilitiques pour des boutons aux parties.

« Amputation de la jambe le 9 septembre; le 11, M. Gross constate une syphilide papuleuse généralisée, des croûtes sur le cuir chevelu et l'engorgement des ganglions de la nuque et des aines, accidents pour lesquels la malade était entrée à l'hôpital.

Dans les quinze jours qui suivent, l'exanthème pâlit et disparaît, la plaie suppure et évolue normalement jusqu'au 28 septembre : un commencement d'ulcération apparaît à la limite externe et, le 1er octobre, la plaie n'est plus qu'un vaste ulcère syphilitique, à bords très régulièrement échancrés et festonnés. A partir du 12, le travail cicatriciel, sous l'influence du traitement spécifique, reprend le dessus, et, quoique marchant lentement, la cicatrisation complète a lieu. »

Obs. II. — *Syphilis tertiaire méconnue; onyxis du pouce de date ancienne; destruction des tissus altérés avec le thermo-cautère; éruption rapide de gommes sous-cutanées; troubles cérébraux, aphasie, hemiplégie. Mort*, par M. Verneuil (2).

« Femme de 41 ans, de constitution débile. Depuis trois ans, la malade porte à la face dorsale de la deuxième phalange du pouce une ulcération, qui a résisté aux cautérisations, et qui, sans caractères nets, présente des bourgeons charnus, violacés, mollasses. La syphilis soupçonnée ne peut être confirmée.

« Le 7 février, destruction avec le thermo-cautère. Le 13, on constate dans la région mammaire gauche l'apparition de plusieurs petites tumeurs, analogues à une autre grosseur existant depuis deux mois dans la région du dos; on reconnaît des gommes sous-cutanées. Un traitement énergique est institué; les gommes diminuent; mais l'aphasie, qui avait débuté quelques jours après l'opération, augmente, une hémiplégie survient, et la malade meurt le 2 avril. »

Ces 2 observations offrent, ainsi que le fait remarquer M. Verneuil, une certaine analogie. Dans les 2 cas, syphilis méconnue, mais patente et fortement excitée par une opération, car il n'y a pas plus dans l'un que dans l'autre rappel de diathèse, puisque dans la première, qui est d'ailleurs un bel exemple d'influence bilatérale,

(1) Verneuil. *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1879.
(2) Verneuil. *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1879.

---

nous exploitons et que nous avons, pour nos besoins, contraints à un genre de vie fort éloigné de l'état de nature et de liberté. Ceux-là sont sujets à une foule de maux, dont quelques-uns en commun avec nous-mêmes; nous faisons, du reste, échange de bons procédés ; nous rendons les vaches phthisiques en les enfermant dans des étables trop petites et mal aérées; en revanche, les chiens nous donnent la rage et les chevaux la morve. La pathologie des espèces animales domestiquées est fort riche, et nul doute qu'elles ne doivent leurs maladies en grande partie à leur sujétion même, à l'élevage et autres soins qui sont comme la civilisation des bêtes.

Pour l'homme aussi, il a été avancé depuis longtemps que la civilisation, avec ses contraintes, ses excès, ses perversions physiques et physiologiques de toute sorte, devait être tenue pour une cause permanente de beaucoup de maladies. Cette explication, très rationnelle, ne me satisfait pas encore, car elle ne répond pas à tout. Il est certain que l'état de culture dont nous nous glorifions, en nous faisant supérieurs à l'homme primitif sous certains rapports, fait aussi de nous des êtres dégénérés et vulnérables, parmi lesquels les maladies n'ont pas eu de peine à s'insinuer et à prendre pied.

Ce qui reste mystérieux, c'est la réaction inégale des sujets sous l'influence de causes identiques, c'est le caprice des maladies dans leurs choix, caprice que nous couvrons vainement des mots sonores, mais un peu vides, de tempérament, constitution, idiosyncrasie, etc. Pourquoi tous les soldats d'une caserne ne prennent-ils pas la même fièvre typhoïde en même temps ? Pourquoi le froid et l'humidité développent-ils chez l'un une pleurésie, chez l'autre un rhumatisme, chez le troisième une bronchite, et ainsi de suite ? On a bientôt fait d'expliquer aux gens que tout cela tient à leur prédisposition individuelle; entre nous, cela ne veut rien dire du tout, car c'est précisément cette variabilité, cette personnalité des aptitudes morbides,

il devrait exister, au moment de l'amputation, de l'adénopathie et des croûtes sur le cuir chevelu; quant à la seconde malade, elle était déjà atteinte d'une gomme depuis deux mois.

A côté de la ressemblance, notons les différences. Période secondaire et guérison pour la première malade. Période tertiaire et mort, malgré le traitement, pour la seconde.

L'observation suivante est encore un exemple d'influence bilatérale dans lequel tout travail réparatoire de la blessure a été arrêté par l'action dominatrice de la diathèse.

OBS. II. — *Syphilis latente. Fracture du tibia; pas de consolidation au bout de trois mois. Irritation des fragments par la méthode de Dieffembach. Suppuration du foyer sans consolidation. Deux mois après l'opération, éruption érythématique généralisée et iritis syphilitique. Guérison par le traitement mixte,* par Barnes. *The Lancet,* 1er novembre 1873, t. II (1).

« Homme de 30 ans. Fracture oblique indirecte du tibia à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Immobilisation pendant trente-cinq jours. Pas de consolidation. Nouvelle immobilisation pendant quarante-cinq jours. Même résultat. Irritation des fragments par la méthode de Dieffembach le 10 juin. Suppuration abondante. Le 29 juillet, pas de consolidation. Le 12 août, éruption généralisée et iritis. Traitement spécifique. Guérison et consolidation le 8 septembre. »

OBS. IV. — *Amputation de la jambe au quart inférieur pour une ancienne ostéo-arthrite tibio-tarsienne. Cicatrisation lente. Eruption intercurrente d'accidents tertiaires. Guérison,* par M. Verneuil (2).

« Fille de 35 ans, robuste, bien constituée. Syphilis antérieure non avouée. Pas d'accidents récents.

« Amputation le 31 juillet 1876. Pansement ouaté. Le 30 août, ulération perforante du voile du palais à marche rapide, arrêtée par le traitement spécifique. Pendant ce temps, sans prendre les caractères syphilitiques, la plaie reste stationnaire, et après la sortie d'un séquestre la cicatrisation n'est complète qu'en novembre. »

(1) Verneuil. *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1879.

(2) Verneuil. *Mémoires de chirurgie,* t. II, obs. V, page 402.

---

dont nous ne nous rendons aucun compte; nous admettons le fait, sans en chercher au delà de l'individu lui-même ni l'origine première, ni la raison d'être.

Il me semble pourtant que la clef de toutes ces aventures, qui ne sauraient être fortuites, doit se trouver dans quelque particularité inhérente à chacun de nous, et qui a dû nous être transmise et se perpétuer par voie d'hérédité. Je sais bien que l'hérédité n'est point méconnue dans notre étiologie courante; mais de quelle hérédité parlons-nous dans nos livres? De celle qui se manifeste à la première ou à la seconde génération; rarement nous possédons des renseignements qui nous permettent de remonter plus loin le courant de l'atavisme. Celle-là, c'est l'hérédité grossière, celle qui fait tout simplement que les enfants ressemblent à leurs parents ou à leurs grands parents; elle est tellement évidente qu'il serait presque inutile d'en faire mention, la chose allant de soi, pour la transmission des maladies comme pour tout le reste.

Ce n'est certainement pas suffisant, et la grande loi de l'hérédité, une des plus immuables de toutes celles qui gouvernent les êtres organisés, ne se limite pas, soyez-en sûrs, à ces transactions mesquines, telles qu'il nous est donné de les constater dans l'espace de quelques lustres. Ce n'est là que la grosse besogne de l'hérédité, son ouvrage de tous les jours, et si elle s'en tenait là, ce ne serait vraiment pas la peine d'en parler. Elle fait mieux que cela, et son pouvoir s'étend à travers les siècles et sur les lignées les plus nombreuses; qu'est-ce donc que les antécédents héréditaires de deux ou trois générations d'ascendants, auprès des empreintes mystérieuses qui nous ont été transmises dans la suite des temps, et que chaque générateur a emmagasinées et perfectionnées à son tour?

Si l'on veut se faire une idée de la toute puissance de l'hérédité, c'est ainsi qu'il faut la comprendre; et si chacun de nous, pour une même cause, n'est pas malade de la même façon que son voisin, c'est en vertu de certaine faiblesse originelle qu'il tient de quelque ancêtre, dont la trace peut manquer dans les papiers de famille, attendu qu'il a pu vivre sous

OBS. V. — *Syphilome développé sur une cicatrice*, par M. Verneuil (1).

« Fille de 20 ans, robuste et bien constituée. Syphilis ignorée. En 1872, extraction d'un kyste hydatique situé à la partie supéro-interne de la cuisse droite. Cicatrisation normale. En 1875, au niveau de la cicatrice, induration diffuse du volume du poing, présentant à son centre une ulcération à bords taillés à pic et à fond recouvert d'un enduit grisâtre. Traitement spécifique. Guérison en trois semaines. »

OBS. VI. — *Syphilis récente. Accidents secondaires commençants; arthrite subaiguë dans une articulation fracturée 17 ans auparavant*, par Malécot (2).

« X..., 20 ans, de constitution débile. Fracture du coude, à l'âge de 3 ans; consolidation vicieuse, permettant quelques mouvements. Sept semaines avant son entrée à l'hôpital (1880), le malade contracte un chancre préputial. Actuellement, induration persistante du chancre, pléiade ganglionnaire, syphilide papuleuse et inflammation de l'articulation du coude, de même origine. »

OBS. VII. — *Syphilis récente. Accidents secondaires légers. Ulcération à caractères spécifiques d'une ancienne cicatrice osseuse*, par Malécot (3).

« Octave N..., 25 ans, à l'âge de 14 ans, ostéo-périostite du tibia; incisions multiples; fistule persistante; cinq ans après, évidement de l'os et cicatrisation; deux ans plus tard, sortie d'une esquille et nouvelle cicatrisation. En 1881, chancre préputial, dont on trouve la cicatrice; durant l'évolution du chancre, rupture de la cicatrice osseuse sans aucun trauma, et apparition d'une ulcération nettement syphilitique. Chez ce malade, le tibia si longtemps enflammé était le *locus minoris resistentiæ*. Guérison par le traitement spécifique. »

OBS. VIII. — *Rétrécissement spasmodique du rectum chez un syphilitique. Rectotomie linéaire. Amélioration. Arrêt de la cicatrisation. Formation d'un syphilome rectal. Éruption de syphilides pustuleuses*, par M. Verneuil (4).

« Homme de 40 ans : chancre en 1867; rétrécissement en 1868 (?). En 1871, dilatation et incision internes : courte amélioration. En 1872, M. Verneuil pratique la rectotomie linéaire pour détruire une bride, située sur la paroi postérieuse du rectum, et qui avait résisté à la dilatation. En 1875, éruption de syphilides pustuleuses sur les membres inférieurs et forma-

(1) Verneuil. *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1879.
(2) Malécot. *Annales de dermatologie*, avril 1882.
(3) Malécot. *Annales de dermat.*, avril 1882.
(4) Vernenil. *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1879.

Louis XV aussi bien que sous François Ier, voire même du temps de Périclès et encore au delà. Je suppose un malade atteint d'une violente sciatique, et voulant, comme toujours, connaître la cause de son mal; il s'étonne, ne sachant où il a pu *attraper cela*, et jurant que pareilles choses sont inconnues dans sa famille. De quelle famille s'agit-il donc? De deux ou trois personnes tout au plus, les seules qu'il ait pu connaître; un infiniment petit en comparaison de la longue suite d'ancêtres dont nous descendons tous, avec ou sans parchemins. Expliquez cela à votre malade, et dites-lui carrément que s'il a une sciatique, c'est parce qu'un de ses aïeux a été frappé d'un coup de lance à la bataille de Marathon, que ce coup de lance a lésé un nerf, et qu'il en est résulté une prédisposition aux névralgies pour toute la postérité du combattant jusqu'à la fin des siècles.

Votre client sera flatté de l'antique et glorieuse origine que vous attribuerez à ses douleurs; et vous lui aurez peut-être dit la vérité en riant. Ce sont des tares imperceptibles qui traversent les âges par voie d'hérédité, qui peuvent rester latentes pendant un temps indéfini, et se réveiller ensuite sous le choc d'une cause occasionnelle suffisamment énergique. On peut donc concevoir les maladies de l'espèce humaine et les prédispositions morbides comme remontant toutes à un petit nombre d'accidents, dont l'hérédité s'est chargée de transmettre et d'accumuler les conséquences.

Les animaux sauvages ne sont pas malades, parce qu'il n'y a pas d'hérédité pour eux. Sitôt que l'un d'eux est frappé de quelque manière, il disparaît, et avec lui toutes les imperfections qu'il aurait pu transmettre à sa descendance. Les animaux ne se soignent pas, et tout individu diminué dans ses forces ne tarde pas à succomber dans la lutte pour la vie. S'il ne meurt pas de sa belle mort, il trouve parmi ses congénères, ou dans les espèces voisines, des âmes charitables qui hâtent le dénoûment et suppriment l'invalide à leur profit. Nous, au contraire,

tion d'un syphilome rectal, développé dans le lieu où avait été faite la première opération, et devenu le *locus minoris resistentiæ*. Pas de nouvelle opération. »

Lorsque M. Verneuil publiait, dans la *Revue de médecine et de chirurgie* de 1879, les quatre premières observations que nous venons de rapporter, il les donnait comme preuve évidente :

1° Que le trauma opératoire réveille parfois la syphilis, dont la gravité peut être augmentée et dont l'influence, d'autre part, peut notablement troubler, arrêter le travail réparateur des blessures;

2° Que l'action excitatrice du traumatisme se concentre de préférence sur les viscères, déjà atteints de tares, et est capable d'y faire éclater des accidents plus ou moins intenses.

Dans les observations suivantes (IV à VIII), nous voyons que les manifestations diathésiques apparaissent là où l'économie ne peut lutter avec autant d'avantages : ainsi, lieu de moindre résistance, de date plus ou moins récente, et trauma opératoire sont l'un et l'autre favorables au développement de la diathèse.

Les faits suivants nous montrent qu'il en est de même pour les traumas accidentels et prouvent que les mêmes influences existent ; en effet, tantôt la maladie générale, latente ou évidente, influe sur la marche de la lésion traumatique; tantôt cette dernière influe sur la maladie générale, soit en la rappelant, soit en modifiant ses allures, si elle est en pleine évolution.

Obs. IX (personnelle). — *Brûlure au second degré; nulle tendance à la cicatrisation après cinq semaines. Traitement antisyphilitique. Guérison prompte.*

Rose D..., 29 ans, cuisinière, entrée à la Pitié le 14 décembre 1882. C'est une fille fraiche et robuste, présentant les apparences de la plus belle santé et n'offrant aucune trace de scrofule, ni de rhumatisme.

Cinq semaines auparavant, elle s'est laissé tomber sur le dos du pied droit de la graisse chaude; d'où brûlure au second degré, étendue de la racine des orteils à la ligne tarso-métatarsienne.

D... n'a pas longtemps interrompu son travail; elle a pansé la plaie d'abord avec du papier huilé, puis avec des cataplasmes de fécule. Au bout de cinq semaines, le mal n'avait fait aucun progrès vers la guérison; la plaie paraissait plus large et plus profonde; on aurait cru que la brûlure avait été primitivement plus grave. La couche granuleuse avait mauvais aspect, sans revêtir toutefois les caractères des ulcérations spécifiques, strumeuses ou syphilitiques.

---

nous nous soignons, nous prolongeons non seulement notre précieuse existence, mais encore nos maladies et nos infirmités et par tous les moyens possibles nous assurons leurs chances de perpétuité. D'où cette conclusion que plus notre art se perfectionne, plus nous faisons vivre les malades longtemps, plus aussi nous travaillons pour que nos arrière-neveux n'échappent point à la partie la moins enviable de notre héritage. La médecine qui guérit le malade ou le blessé d'aujourd'hui aura peut-être sur la conscience des légions de malades parmi ceux qui « dorment encore au fond de l'avenir. » C'est à l'hygiène de corriger ce côté défectueux des entreprises de la médecine.

Pour les animaux domestiques, nous faisons comme pour nous-mêmes, souvent mieux que pour nous-mêmes ; nous les entourons de tous nos soins; leurs maladies nous affligent, parce qu'elles nous portent préjudice, et c'est à notre sollicitude qu'ils doivent le bénéfice de l'hérédité et l'entretien de leurs maux. Il en est encore de même pour les plantes. Si le phylloxera n'avait jamais élu domicile que sur des vignes sauvages, les premières atteintes en seraient mortes, et le phylloxera aurait disparu à son tour, faute de pâture. Mais cet insecte, plein de malice, s'attaque à nos vignes de France, et aussitôt le voilà la plus heureuse des petites bêtes; c'est à qui préservera de son mieux les vignes malades, et les entretiendra le plus longtemps possible; naturellement, le phylloxera se figure que c'est pour lui qu'on se donne tant de peine, et il reste, il s'installe, il gagne de proche en proche, et lui aussi est assuré de devenir héréditaire.

Voilà comment je m'imagine que le genre humain est devenu malade ; ce qui reste si souvent inexpliqué pour nous sur la cause des maladies doit avoir sa raison d'être dans les mystérieuses influences de l'hérédité; c'est elle, en la comprenant dans son acception la plus large, qui doit combler les lacunes et corriger la teinte de banalité que l'on remarque dans les chapitres d'étiologie de tous nos livres.

Les douleurs n'étaient pas perçues au repos, mais elles s'éveillaient par la marche et la station debout.

Etat général d'ailleurs excellent. Point de lymphangite ni d'adénopathie inguinale. Nulle trace de varices. Pendant une semaine, la malade fut soumise au repos absolu et la plaie fut pansée avec la solution phéniquée à 2 p. 100; il n'en résulta aucune amélioration sensible.

M. Verneuil, partant alors de ce principe que tout retard dans la guérison d'une blessure convenablement traitée implique nécessairement l'existence d'une cause pathologique antérieure locale ou générale, se mit en devoir de chercher cette cause.

Il fallait éliminer d'abord toute affection du voisinage; le membre était absolument sain, et il n'y avait pas de lésions abdominales, les battements du cœur étaient réguliers. Les fonctions digestives parfaites; les urines tout à fait normales. Pas d'antécédents fébriles. Nulle trace de strume.

Les diverses causes capables de retarder la cicatrisation des plaies étant ainsi mises de côté, il ne restait plus que la syphilis. La malade, interrogée sur ce point, protesta naturellement, ce qui n'empêcha pas l'institution du traitement suivant :

Pensement avec le sparadrap de Vigo, renouvelé tous les trois ou quatre jours; à l'intérieur, 1 gramme d'iodure de potassium tous les jours.

Le résultat ne se fit pas attendre. Les douleurs disparurent très rapidement. Au bout de huit jours, la plaie avait diminué de moitié; les bourgeons s'étaient affaissés et avaient pris une belle coloration rose. Une large zone épidermique d'un beau blanc occupait la circonférence et tendait à envahir le centre.

Le 9 janvier, dix-huit jours après le commencement du traitement, la cicatrisation est si près d'être complète que la malade demande et obtient son *exeat*.

Le *naturam morborum ostendunt curationes* trouve ici son entière application.

Obs. X (personnelle). — *Plaie contuse du deuxième orteil. Syphilides ulcéreuses du même doigt et de la commissure. Syphilides ulcéreuses du scrotum.*

F... (Henri), âgé de 52 ans, ajusteur, entre le 27 janvier 1883, salle Michon, n° 62 bis, service de M. Verneuil.

Il y a une trentaine d'années, le malade contracte un chancre, dont la cicatrisation se fait attendre deux mois; cautérisation au nitrate d'argent. A la suite, plaques muqueuses buccales et angine de courte durée. Disparition sans traitement spécifique.

Jusqu'en 1882, aucun accident syphilitique. Varicocèle et hernie scrotale gauches.

Le 9 août dernier, le malade s'enfonce la pointe d'un clou dans la pulpe du deuxième orteil gauche; la blessure s'enflamme, suppure et n'arrive à cicatrisation qu'au bout de trois mois. Dans la quinzaine qui suit apparaissent des ulcérations sur la face dorsale du même orteil, au niveau de la première commissure et sur les téguments du scrotum.

L'histoire nous fournit d'ailleurs quelques documents précieux sur l'origine première d'un certain nombre de maladies. Je vous parlais dernièrement des hystériques. Peut-on s'étonner que l'hystérie court le monde, quand on songe qu'elle remonte à la plus haute antiquité ? La première hystérique fut tout bonnement notre mère Ève, et toutes ses incartades dans le paradis terrestre portent bien la marque de la grande névrose féminine. En mangeant du fruit défendu, Ève n'a fait qu'obéir à une de ces perversions du goût et de l'appétit, qui sont si communes chez ses descendantes. Voilà tout de même un caprice d'hystérique qui a eu de bien terribles conséquences. C'est aussi là que prit naissance l'art de se vêtir avec des feuilles de figuier, et les établissements chorégraphiques, lorsqu'ils affichent à leur porte qu'une mise décente est de rigueur, ne font que répéter la consigne que s'imposèrent nos premiers parents après cette fatale conversation avec le serpent.

Il n'est pas moins évident que les gens qui sont affligés d'un penchant irrésistible pour la boisson, le tiennent du vénérable Noé, dont les titubations sont restées célèbres. C'est lui qui, le premier, eut l'heureuse fortune de se mettre en belle humeur dans les vignes du Seigneur; car dans ce temps-là, toutes les vignes étaient encore au Seigneur; depuis, elles ont changé de propriétaires. L'alcoolisme est donc presque aussi vieux que le monde, et le bonhomme Noé couvre encore de sa petite mésaventure tous ceux qui marchent sur ses traces dans les chemins sinueux de la beuverie. Vous m'objecterez que si ma théorie sur l'hérédité était tant soit peu soutenable, le genre humain tout entier devrait être ivrogne, puisque le déluge nous a donné un second père dans la personne de Noé, lui seul ayant survécu, par une navigation habile, aux cataractes du ciel. Convenez que si tous les hommes ne sont pas alcooliques depuis le premier jusqu'au dernier, il y en a assez cependant pour établir la haute origine et la grande diffusion héréditaire de cette funeste passion.

Le jour de l'entrée du malade, ces ulcérations présentent un fond grisâtre, recouvert de sanie purulente, des bords déchiquetés, inégaux, taillés à pic et douloureux à la pression. Sur le scrotum, plusieurs ulcérations indolentes de même nature, c'est-à-dire nettement syphilitiques.

Traitement : 1 pilule de proto-iodure de 0,05 centig., et 1 gramme de iodure de potassium par jour.

5 février. Amélioration notable. Suppuration moindre. Coloration rouge des ulcères. Affaissement et régularisation des bords. Disparition de la sensibilité des premiers jours.

9 février. Le mieux se continue, les ulcérations ont perdu leur caractère spécifique et marchent rapidement vers la cicatrisation.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : La syphilis reste latente pendant vingt-cinq ans; un léger trauma survient et immédiatement la diathèse sommeillant se réveille et où se manifeste-elle? Dans les deux points faibles de l'économie, au pied, siège de la blessure, et au scrotum, siège de la hernie et du varicocèle. Une simple coïncidence ne nous paraît guère capable d'être défendue.

(La suite dans un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 mars 1883. — Présidence de M. Blanchard.

M. le docteur Spiridion Kanellis, d'Athènes, adresse, sous forme de note, une théorie hémodynamique destinée à expliquer la production du premier bruit du cœur.

M. Thomasson assimile l'action de l'huile sur les vagues à ce qui se passe lorsqu'on verse une faible quantité d'huile sur de l'eau qui est sur le feu. Le degré d'ébullition de l'eau est notablement retardé. M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer que les réflexions de M. Thomasson reposent sur une simple comparaison, laquelle manque de caractère scientifique.

M. Reiset exploite une ferme importante en Normandie. Pendant l'année 1877, il fut très surpris de voir les vases qui contenaient le lait présenter des taches bleues. Le beurre fabriqué avec ce lait était d'une vilaine couleur, et il avait une saveur désagréable qui ne permettait pas de s'en servir. Les fermiers voisins, interrogés à ce sujet, répondirent tous que le phénomène, d'ailleurs bien connu et assez fréquent, était le résultat d'un sort jeté par les sorciers. Dans la note qu'il envoie, M. Reiset se propose de donner le moyen de conjurer le maléfice, et

---

Quant aux gens qui sont sujets aux conjonctives, aux granulations, aux orgelets, à toutes les affections oculaires, ils peuvent se consoler en pensant qu'ils descendent en droite ligne de Tobie, lequel fut atteint de la première ophthalmie dont l'histoire nous ait conservé l'observation, et qui en guérit, comme l'on sait, par le fiel d'un poisson, origine de l'emploi thérapeutique de l'huile de foie de morue (voir aux annonces). La légende de la femme de Loth, changée en statue de sel, pourrait bien s'appliquer à un cas de calculs du foie ou de la vessie, à moins que l'Ecriture n'ait simplement voulu indiquer par là que l'histoire en question était un peu salée. Quant au pauvre Job, c'est certainement lui qui a fait souche d'eczémas et d'ulcères variqueux.

Il est enfin des mortels, privilégiés entre tous, que l'on prétend descendre de la cuisse de Jupiter. Ceux-là, s'ils ne sont pas dégénérés de leur illustre ancêtre, ont aussi leur prédisposition individuelle toute tracée, car le père des dieux était notoirement enclin à une certaine gaieté de ce côté-là.

Lubanski.

Nécrologie. — On annonce la mort du neurologiste G. Beard (de New-York).

— M. le docteur Pottin, médecin de colonisation à Aboukir, vient de succomber à une maladie contractée en allant, par un temps affreux, porter au loin ses secours à des colons malades.

— Le *Lyon médical* annonce la mort, à l'âge de 90 ans, de M. le docteur Beudet, ex interne des hôpitaux de Lyon.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Naussac, médecin résidant à l'hospice Saint-Jean de Dieu, à Lyon. Il était âgé de 40 ans.

le moyen consiste dans des soins d'extrême propreté. Il faut que chaque vase soit lavé aussitôt qu'il a servi, et qu'avant de s'en servir de nouveau on le passe à l'eau bouillante pendant cinq minutes. Dans quelques cas, il sera nécessaire d'avoir recours à une solution très affaiblie d'acide acétique.

M. Dumoncel fait hommage à l'Académie d'un volume qu'il vient de publier sur la force électro-motrice, et sur les appareils destinés à la produire et à la transmettre. Jusqu'en 1873, on ne pouvait guère développer à l'aide de l'électricité qu'une force de 3 ou 4 kilogrammètres. Dans ces dernières années, de grands progrès ont été accomplis, et M. Dumoncel termine sa communication en annonçant qu'on est à la veille d'une importante découverte dans cet ordre de recherches.

M. Chauveau donne lecture d'une note dans laquelle il résume ses études sur le chauffage comme moyen d'atténuation des virus.

M. Dumont, ingénieur en chef des ponts et chaussées, promoteur du canal d'irrigation du Rhône, envoie un mémoire sur la possibilité d'augmenter les eaux d'irrigation du Rhône à l'aide de réservoirs à établir dans les lacs de Genève, du Bourget et d'Annecy. En voici la conclusion :

En résumé, le moment est venu de reprendre l'examen et l'étude de cette importante question. La *réglementation des lacs affluents du Rhône*, puisque par ce moyen on pourrait assurer aux irrigations de la vallée du Rhône, des volumes d'eau très importants s'élevant à *cent dix mètres cubes par seconde*, sans donner à la navigation du Rhône, qui serait en même temps améliorée, l'ombre d'un prétexte à opposition, et cela à l'aide de dépenses ne dépassant pas trois millions.

Les objections si peu fondées d'ailleurs, élevées par la navigation jusqu'ici au canal d'irrigation du Rhône disparaissent entièrement.

M. Daubrée présente une note de M. Le Chatelier sur la prise du plâtre qui diffère un peu de la théorie de Lavoisier à ce sujet. Le sulfate de chaux, après avoir été cuit à 140 degrés, est en partie déshydraté. Mis en présence de l'eau, il forme une solution sursaturée qui laisse déposer des cristaux, et ceux-ci, en s'imbriquant, en se feutrant pour ainsi dire les uns dans les autres, déterminent la solidification de la solution.

M. Daubrée dépose ensuite sur le bureau un volume contenant la relation du voyage de M. Nordenskjold sur les côtes européennes et asiatiques de la mer glaciale.

M. Vulpian, au nom de M. le docteur Liberman, présente un mémoire relatif à la valeur des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde. Les études de M. Liberman sur cette question de thérapeutique datent de plusieurs années déjà, mais elles n'ont pas vieilli. Au contraire, M. Vulpian estime qu'elles donnent la note juste au milieu de tout le bruit qui s'est fait récemment autour de ce point si vivement contesté. Il propose que le mémoire de M. Liberman soit renvoyé à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

Le savant professeur dépose aussi sur le bureau un mémoire de M. le docteur Testu, agrégé à la Faculté de Bordeaux, concernant les anomalies musculaires chez l'homme.

M. Bouley propose également de renvoyer à la commission des prix Montyon un nouveau travail de M. Franz Glénard sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids ; — et il fait hommage d'un mémoire de M. Larrivé sur l'emploi de l'eau oxygénée comme antiseptique. On peut s'en servir dans tous les cas où l'acide phénique est indiqué ; elle a, sur ce dernier, l'avantage d'être sans odeur.

M. Bouquet de la Grye rend compte des observations qu'il a faites sur le passage de Vénus, et il met sous les yeux de l'Académie les nombreuses et fort belles épreuves photographiques qu'il a obtenues pendant toute la durée du phénomène. — M. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

Sur la Cholélithiase, par Kraus. — L'auteur a observé en 10 ans, à Carlsbad, 263 cas de cholélithiase chez l'homme, et 447 chez la femme. Chez la femme, le plus grand nombre de cas se rencontrent de 30 à 50 ans; chez l'homme, de 40 à 60. On n'en rencontre pas au-dessous de 21 ans. Le sexe figure dans les causes prédisposantes à un haut degré : genre de vie sédentaire de la femme, constipation, compression du foie par les vêtements, etc. Vient ensuite la profession : les hommes adonnés aux travaux de l'esprit, les marchands, les officiers de cavalerie; les préoccupations morales, la constipation. En conformité avec les résultats des recherches de Bouchard, Kraus signale comme affections concomitantes, et relevant, en effet, des mêmes causes de ralentissement de la nutrition, les reins calculeux, la melliturie, le diabète sucré, la goutte. (*Prag. med. Woch.*, 1881, n° 9 et *Jahresbericht*, 1882.)

Cancer primitif du pancréas, par KERNIG. — Le malade, un homme de 53 ans, présentait un ictère intense. Le bord du foie se sentait sous les fausses côtes, dur, sans inégalités cependant; pas d'hypertrophie. Aucun symptôme du côté de l'intestin ou de l'estomac. Dans les derniers jours, on put sentir dans la profondeur de l'abdomen, entre l'ombilic et le foie, parfaitement distincte de ce dernier, une tumeur dure et résistante, de la grosseur d'une pomme d'api. On ne fit pas de recherches sur la présence de matières grasses dans les selles, ni de sucre dans les urines. L'autopsie montra un estomac sain, la transformation complète du pancréas en une masse cancéreuse, qui comprimait le canal cholédoque. Dans le foie existaient deux petits noyaux cancéreux secondaires. (*Petersb. med. Woch.* n° 4 et *Jahresbericht*, 1882.)

Emploi de la pilocarpine dans la diphthérie, par NEUMEISTER. — L'auteur ne s'associe pas aux éloges décernés par certains auteurs à ce médicament. Il ne produit pas constamment la salivation, et celle-ci, quand elle se manifeste, n'exerce aucune action sur les membranes. En outre, il ne peut être absous d'un grave inconvénient, celui d'augmenter chez les enfants la faiblesse du cœur et de préparer un collapsus redoutable. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 8, 1881.)

Warschauer s'associe dans une certaine mesure à cette critique; la pilocarpine ne peut à aucun titre être envisagée comme un spécifique : les stimulants doivent lui être associés. (*Jahresbericht*, 1882, 2e v., p. 120 et 121.)

Anurie complète et mort à la suite de l'engagement d'un calcul dans l'urétère d'un rein unique, par SCHWENKERS. — Un homme de 57 ans fut pris soudainement de coliques néphrétiques du côté droit, avec anurie complète. Le traitement par les bains de vapeur, la pilocarpine, resta sans résultat. Mort dans le coma urémique au neuvième jour. A l'autopsie on découvrit que le rein gauche faisait absolument défaut; le rein droit était notablement hypertrophié : 440 grammes, 16 centim. de long sur 7 de large et 6,5 d'épaisseur. Pas d'ectasie au bassinet. Dans l'urétère, un calcul fusiforme d'acide urique de 9 millim. de longueur. Le rein examiné minutieusement par Leichtenstern montra à la fois une hypertrophie et une hyperplasie de tous ses éléments. Ce dernier pense que, en cas de défaut congénital d'un rein, l'autre y supplée par une hyperplasie primitive de ses éléments; que l'hypertrophie ne survient que tardivement et comme lésion compensatrice de son insuffisance. (*Berlin klin. Woch*, 34 et 35, 1881.)

Oblitération des deux urétères par des calculs; anurie; mort, par HAHNER. — Il s'agit d'un homme de 51 ans qui fut pris, à la suite d'efforts, de violentes douleurs de la région hypogastrique, avec diminution des urines et issue de graviers. Consécutivement, anurie pendant cinq jours, au cours de laquelle on constata une augmentation de la matité rénale des deux côtés, mais principalement à droite, en même temps que l'existence d'une tumeur. Une ponction exploratrice donna issue à 100 grammes d'une sérosité jaunâtre. On songea alors à l'existence d'une tumeur néoplasique quelconque comprimant les deux urétères. La mort eut lieu dans l'agitation et le délire, sans urémie bien déclarée.

Mais à l'autopsie, on trouva ces deux conduits complètement obstrués à leur partie supérieure par une quantité de petits calculs et graviers; d'autres occupaient le bassinet et les calices; en même temps, épyélite ulcéreuse. Les deux reins, très hypertrophiés, atteignaient deux et trois fois leurs dimensions normales; ils étaient le siège d'une néphrite aiguë, à la fois parenchymateuse et interstitielle. Les capsules rénales étaient infiltrées de sérosité, à un tel degré, surtout à droite, que c'était d'elles que provenait le liquide retiré à la ponction. (*Id.*, n° 37, 1881.)

Le rein amyloïde, par WAGNER. — Étude qui résume les résultats d'une pratique de vingt ans et s'appuie sur 265 observations. Le rein amyloïde a été rencontré :

136 fois dans la phthisie (pulmonaire, presque toujours); il existait en même temps des ulcères tuberculeux de l'intestin, 98 fois; des affections tuberculeuses des os, 7 fois; rate amyloïde, 125 fois; foie amyloïde, 81 fois; anasarque généralisée, 27 fois; œdème des extrémités inférieures, 17 fois. Age : 87 fois au-dessous de 30 ans, 49 fois au-dessus.

56 fois dans les affections osseuses, articulaires et autres; simultanément rate amyloïde, 52; foie amyloïde, 40; anasarque, 6; œdème des membres inferieurs, 7.

36 fois dans la syphilis; rate amyloïde, 30 fois; foie amyloïde, 16; anasarque, 14; œdème des membres inférieurs, 3.

30 fois dans des maladies diverses : bronchectasies, maladies de la peau et des muqueuses. 7 fois, maladies indéterminées.

Les différentes variétés de processus accompagnant le rein amyloïde se classent ainsi : 1° dégénérescence amyloïde peu avancée, épithélium normal ainsi que le stroma; 2° dégéné-

rescence complète avec épithélium graisseux; 3° avec un commencement de néphrite interstitielle; 4° rein contracté et amyloïde à la fois.

Aucune différence dans les urines, suivant que cette dernière lésion existe, ou le rein purement amyloïde; quantité diminuée, couleur claire; albumine assez abondante; cylindres en nombre variable, généralement longs, peu larges. L'hydropisie est plus rare qu'on ne l'a dit. (*Arch. f. klin. Med.*, B. 28, 1881.)

Le rein kystique, par STRÜBING. — Cette affection reste quelquefois latente pendant toute la vie et n'est révélée que par l'autopsie. Quelquefois l'apoplexie apparaît comme premier symptôme, ou des phénomènes urémiques. Ailleurs, on a toutes les allures de la néphrite interstitielle : albuminurie, hématurie; cylindres par intervalles; augmentation de la quantité d'urine et diminution des chlorures. On observe encore, moins constamment, des douleurs lombaires, de l'hypertrophie cardiaque, de l'œdème, de la dyspnée; de l'hydrémie pour finir; enfin, la tumeur des reins constitue un symptôme précieux, mais peu fréquent. Dans un cas de cette nature, chez une femme de 51 ans, on constatait de l'hématurie, des douleurs lombaires, de l'œdème, de la dyspnée, de l'albuminurie, de l'hypertrophie du cœur, et de la diminution des urines. La percussion et la palpation faisaient reconnaître une double tumeur lombaire. On songea à un cancer; mais l'autopsie révéla un double rein kystique. (*Id.*, B. 29, 1881.)

Vessie irritable chez la femme, par ETHERIDGE. — Affection dont le symptôme principal est la pollakiurie et dont les causes sont intrinsèques ou extrinsèques. Dans la première catégorie se rangent l'oxalurie, le diabète, l'albuminurie; les urines sanglantes ou purulentes; une lésion de l'urèthre, l'uréthrite, les polypes, le rétrécissement, la dilatation; ou de la vessie, cancer, kyste, tubercule, hypertrophie, corps étranger.

Les causes éloignées de la vessie irritable sont beaucoup plus nombreuses : congestion ovarienne; déplacements de l'utérus, causes psychiques, etc.

Le traitement est en rapport avec l'étiologie. Quand, par exemple, il s'agit d'un excès d'acide urique dans les urines, on arrivera à transformer cet acide en urée, qui n'est qu'un degré d'oxydation supérieur, au moyen du permanganate de potasse à l'intérieur (doses homœopathiques de 0 g. 02 trois fois par jour). Les carbonates alcalins arrivent au même résultat en neutralisant l'acide urique en excès. L'usage des fruits acides est également recommandé. La cystite est plus rebelle au traitement : on conseille le citrate de potassium. La diète lactée a donné de beaux succès; et, en général, les alcalins, la teinture de cantharides, le bromure d'ammonium et les laxatifs. (*Virginia med. Monthly*, et *Practitioner*, août 1882.)

Un cas de pyohémie terminé par la guérison, par GLUCK, de Berlin. — Une malade, atteinte de carie du rocher, subit la trépanation de l'apophyse mastoïde. A la suite de cette opération survinrent de nombreux frissons; la région hépatique était sensible; il y avait de la dyspnée, de l'ictère, un gonflement énorme des deux articulations du genou, avec épanchement périarticulaire séro-purulent.

Les douleurs intolérables de la malade étaient calmées au moyen de fortes doses de morphine.

On lui administra simultanément, dès son entrée à la clinique, 10 grammes de salicylate de soude par jour. Après vingt-quatre heures, l'amélioration générale était déjà manifeste. Chaque fois qu'on interrompait le médicament, les douleurs revenaient. En trois mois la patiente a pris 400 grammes de salicylate de soude, et elle est sortie parfaitement guérie. L'auteur voit dans ce médicament un spécifique, sinon de la pyohémie elle-même, du moins des arthrites pyohémiques. (*Central Blatt. f. Chirurgie. Belage*, 29, 1882, 22 juillet.)

Influence du pneumo-gastrique sur la nutrition du muscle cardiaque, par WASSILIE. — Des expériences sur les lapins et les pigeons démontrent que la section des pneumo-gastriques favorise la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque. Des pigeons soumis à l'inanition, avec les pneumo-gastriques intacts, présentent cette dégénérescence bien plus tardivement et plus sommairement que ceux à qui les nerfs ont été sectionnés. En dehors de la section, tous les processus d'irritation auraient le même résultat, portant sur les nerfs vagues, relativement à la nutrition cardiaque.

Le mécanisme de cette action incontestable est encore obscur : en qualité de régulateur de l'action cardiaque, on comprend cependant que des troubles trophiques de l'organe soient la conséquence d'une innervation en défaut, mais il peut exister aussi une influence directe et immédiate des nerfs vagues sur la nutrition. (*Zeitschrift f. klin. Med.*, III, 1881.)

R. LONGUET.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 19 au 24 mars 1883.

Lundi 19. — M. Geffroy : Etude sur les affections cutanées survenant dans le cours ou à la suite de la fièvre typhoïde. (Président, M. Fournier.)

M. Chauveau : Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'enfance. (Président, M. Fournier.)

M. Pluyaud : Etude des réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Fournier.)

Mardi 20. — Pas de thèses.

Mercredi 21. — M. Chaussat : Traitement des ulcères calleux par les scarifications. (Président, M. Duplay.)

M. Rabère : Essai sur la pathogénie des kystes séreux dits hydrocèles chez la femme. (Président, M. Duplay.)

M. Guiard : Transformation ammoniacale des urines. (Président, M. Guyon.)

M. Ludger : De la mensuration clinique du cœur chez les enfants du sexe masculin de 10 à 14 ans. (Président, M. Potain.)

M. Rousseau : Contribution à l'étude des indications de la médication antipyrétique dans le traitement de la fièvre typhoïde. (Président, M. Hayem.)

Jeudi 22. — M. Boucher : Considérations sur les complications tendineuses et articulaires survenant dans le cours de l'érysipèle. (Président, M. Peter.)

M. Gabriel (André) : Du vomissement au début de la diphthérie. (Président, M. Peter.)

M. Perrachon : Sur un mécanisme de la disparition du pneumothorax par perforation et les indications qu'il fournit au pronostic et au traitement. (Président, M. Peter.)

M. Aslanian : De la tuberculose pulmonaire accompagnée d'accès pseudo-asthmatiques. (Président, M. G. Sée.)

Douvreleur : Recherches expérimentales sur l'action physiologique du sulfate de cinchonidine. (Président, M. G. Sée.)

M. Colin : La géographie médicale du haut Sénégal. (Président, M. Jaccoud.)

M. Verdau : Essai sur la pathogénie du crétinisme. (Président, M. Ball.)

M. Siredey : Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde : lésions des organes lymphoïdes. (Président, M. Brouardel.)

M. Bouyer : De la pleurésie purulente d'emblée. — Pleurésie infectieuse. (Président, M. Brouardel.)

Vendredi 23 et samedi 24, pas de thèses.

FORMULAIRE

POTION DE TODD MODIFIÉE. — FONSSAGRIVES.

Eau-de-vie.	60 à 120 gram.
Hydrolat de menthe	120 grammes.
Sirop de tolu.	30 —

Mêlez. — Chaque cuillerée à bouche contient 6 à 12 gram. d'eau-de-vie. On en administre un plus ou moins grand nombre, suivant le résultat à atteindre. On peu remplacer l'hydrolat de menthe par l'hydrolat de mélisse, et le sirop de tolu, par le sirop d'écorces d'oranges amères. — S'il s'agit de calmer l'éréthisme nerveux, on substitue le kirsch au cognac. Si l'on se propose de provoquer une diurèse, on remplace l'eau-de-vie par du gin. En tout cas, on cesse la potion de Todd dès qu'elle n'est plus nécessaire, afin de ne pas pousser les malades à l'intempérance. — N. G.

COURRIER

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décrets en date des 7 et 8 mars 1883 ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire, et ont reçu les affectations ci-après, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe : (Ancienneté.) M. Bailby (G.-P.-J.), méde-

cin-major de deuxième classe au 3e régiment de dragons, en remplacement de M. Tardy, mis en non-activité à titre d'infirmités temporaires. — Est nommé au 14e régiment d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : Deuxième tour (ancienneté). M. Gély-Guinard (C.-J.-E.), médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, en remplacement de M. Festy, mis en non-activité à titre d'infirmités temporaires. — Est affecté provisoirement au 55e régiment d'infanterie.

(Choix.) M. Leroy (C.-J.-A.), médecin aide-major de première classe au 3e régiment de hussards, en remplacement de M. Baïlby, promu. — Est affecté au 6e régiment de cuirassiers.

Au grade de pharmacien principal de première classe : (Choix.) M. Fleury (G.-C.), pharmacien principal de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Ollivier, retraité. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe : (Choix.) M. Mullet (J.-B.), pharmacien-major de première classe à l'hôpital militaire des Colinettes, à Lyon, en remplacement de M. Fleury, promu. — Est affecté provisoirement à l'hôpital militaire de Bourges.

Au grade de pharmacien-major de première classe ; (Choix.) M. Masson (N.-V.), pharmacien major de deuxième classe à l'hôpital de la Charité, à Lyon, en remplacement de M. Mullet, promu. — Est maintenu provisoirement à l'hôpital militaire de la Charité.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : (Choix.) M. Maljean (J.-L.), pharmacien aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, en remplacement de M. Masson, promu. Est maintenu auxdits hôpitaux.

— Par décret en date du 7 mars 1883, M. le médecin-inspecteur Perrin, membre du comité consultatif de santé, a été nommé directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires en remplacement de M. le médecin-inspecteur Didiot, appelé à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

— Par décret, en date du 10 mars 1883, M. Vedrènes (J. A.) médecin principal de première classe, directeur du service de santé du corps d'occupation de Tunisie, a eté promu au grade de médecin inspecteur dans le corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Baizeau, admis dans la section de réserve.

Association générale des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu le 1er et le 2 avril prochain, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du Dimanche 1er Avril. — La Séance sera ouverte à *trois heures précises.* — 1° Allocution de M. le Président. — 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier. — 3° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général. — 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1882, par M. A Foville, secrétaire général. — 5° Election de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Gosselin, Jeannel, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Simonin, arrivés au terme de leur exercice, et de M. Woillez, décédé. — 6° Eloge de M. A. Latour, par M. Gallard, membre du Conseil général.

Ordre du jour de la séance du Lundi 2 Avril 1883. — La Séance sera ouverte à *trois heures précises.* — 1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale. — 2° Approbation des comptes du Trésorier par l'Assemblée générale. — 3° Rapport de M. Durand-Fardel, sur les pensions viagères à accorder en 1884. Discussion et vote des conclusions. — 4° Ouverture du scrutin pour l'élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères de 1884. — 5° Exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyées au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'Assemblée générale de 1884.

Banquet. — Le banquet aura lieu le Dimanche 1er Avril, *à sept heures précises,* dans les salons de l'hôtel Continental, rue Castiglione.

On souscrit directement ou par lettre, chez M. Brun, Trésorier de l'Association, 23, rue d'Aumale. — *Prix de la souscription* : 20 *francs.*

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS DE LADRERIE CHEZ L'HOMME,

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 octobre 1882.

Suite et fin. — (Voir le numéro du 10 mars 1883.)

Note complémentaire,

Par M. Sevestre, médecin de l'hôpital Tenon.

Messieurs, je suis précisément en mesure de répondre à l'appel de M. Rathery et de compléter l'observation qu'il vient de vous communiquer. En effet, lorsqu'après une absence d'un mois je repris au mois de septembre mon service à l'hôpital Tenon, je trouvai le malade dont nous venons d'entendre l'histoire.

Après avoir quitté le 13 juillet le service de M. Rathery, cet homme avait recommencé à travailler et se trouvait dans un état relativement satisfaisant, ayant seulement vers le soir un léger œdème des membres inférieurs, lorsque, le 29 juillet, il fut pris sans cause apparente d'une hématurie et de douleurs dans la région lombaire et dans le ventre.

Il entra à l'hôpital (salle Saint-Vincent-de-Paul, n° 10) le 3 août (1), rendant toujours une urine sanguinolente. Il n'y avait pas d'œdème des membres inférieurs, mais on constatait les signes d'une ascite d'ailleurs peu abondante. Le malade toussait, mais ne présentait cependant pas à l'auscultation de bruits morbides bien caractérisés.

Dans tout le courant du mois d'août, l'hématurie persista avec la même intensité, de sorte que l'urine rendue par le malade était absolument rouge. En outre, malgré le repos au lit, malgré le régime lacté, on vit survenir un œdème des membres inférieurs, en même temps du reste que l'ascite augmentait de quantité. Il en résulta un développement du ventre suffisant pour gêner la respiration ; et, le 1er septembre, on dut faire une ponction qui donna issue à quatre litres d'un liquide citrin, fortement albumineux. La plaie faite par le trocart ne se ferma pas, et continua à laisser couler goutte à goutte le liquide ascitique.

C'est dans cet état que je trouvai le malade le 4 septembre. A ce moment la cavité péritonéale était à peu près complètement vide, et il n'y avait plus qu'un peu de bouffisure de la peau au voisinage des malléoles. L'hématurie persistait, et le malade rendait chaque jour environ un litre d'une urine rouge dans laquelle le microscope démontrait l'existence de nombreux globules rouges du sang un peu pâles, assez difficiles à voir et probablement en voie de dissolution.

L'examen du cœur me permit de constater des signes analogues à ceux que vous a décrits M. Rathery, c'est-à-dire augmentation de la matité cardiaque, abaissement notable de la pointe du cœur, souffle systolique à la pointe, double bruit de souffle à la base.

Je pus également observer les petites tumeurs dont M. Rathery vous a donné la description et dont le diagnostic n'offrait aucune difficulté, le malade racontant très nettement la petite opération d'ablation d'un kyste. Le siège de ces tumeurs a été noté dans l'observation, et en comparant celle-ci avec celle de M. Rathery, je remarque que nous avons vu à peu près les mêmes tumeurs ; il est donc bien probable qu'il n'en existait guère d'autres.

Le 10 septembre, la plaie résultant de la ponction finit pas se cicatriser ; dès le lendemain, le gonflement du ventre commençait à reparaître, et, quelques jours après, on percevait de nouveau tous les signes de l'ascite.

Le 18 septembre, la respiration devenait plus gênée, et l'auscultation des poumons révélait l'existence de râles abondants occupant les deux côtés de la poitrine ; le malade attribua cette aggravation dans son état à un refroidissement qu'il aurait pris en restant assis près d'une

(1) Observation rédigée d'après les notes recueillies par M. Loppé, externe de mon service.

fenêtre ouverte; mais il faut certainement aussi faire intervenir dans la production de ces phénomènes l'affection cardiaque dont il était atteint.

Quoi qu'il en soit, les jours suivants, la respiration s'embarrassa de plus en plus; l'œdème des membres inférieurs devint considérable, et, le 22 septembre, le malade succomba dans le coma. L'urine était toujours sanguinolente, mais moins abondante et un peu plus foncée depuis quelques jours.

L'*autopsie*, faite vingt-quatre heures après la mort, nous permit de constater des lésions dues à la présence de parasites et des lésions résultant de l'affection cardiaque.

1° *Cysticerques.* — La recherche des cysticerques fut facilitée par un schéma que nous avions pris pendant la vie, et indiquant le siège des différents kystes observés à ce moment; sans cette précaution, nous aurions eu certainement assez de peine à les retrouver, car ils étaient beaucoup moins saillants sur le cadavre. Ces kystes, bien que paraissant très superficiels et absolument sous-cutanés, étaient cependant *tous situés dans les muscles.* C'est probablement à ce fait qu'il faut attribuer la saillie plus marquée qu'ils faisaient pendant la vie, vraisemblablement par suite de la contraction musculaire, qui leur faisait faire hernie dans la couche sous-cutanée.

Tous les kystes que nous avons trouvés (mais, malheureusement, il ne nous fut pas possible d'examiner en détail tous les muscles du corps) occupaient les muscles de la partie supérieure du corps. Il n'en existait pas dans le diaphragme, ni dans la langue, non plus que dans le cœur, qui, après avoir été examiné à un autre point de vue, fut coupé en tranches minces. Nous n'en trouvâmes non plus dans aucun viscère, pas même dans les reins, où cependant nous nous attendions un peu à en rencontrer, en raison de l'hématurie persistante. Le rein gauche présentait bien un petit kyste, mais c'était un kyste vulgaire, comme on en voit souvent dans ces organes, et non un kyste parasitaire.

Les kystes enlevés présentent tous à peu près le volume et la forme d'un noyau de cerise un peu allongé. Ils sont constitués par une coque fibreuse très résistante, épaisse d'un millimètre à un millimètre et demi, dans laquelle se trouve comprise une autre poche mince renfermant elle-même le cysticerque invaginé. L'examen microscopique permet de voir tous les détails de ce cysticerque, y compris les crochets caractéristiques.

En outre, dans l'intestin grêle, à 75 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale, nous avons trouvé un tnia pelotonné sur lui-même. Ce ténia est étroit, présentant dans sa partie la plus large 5 à 6 millimètres; les pores génitaux sont tantôt alternes et tantôt disposés en séries de 3, 4, 5, 6 du même côté. Il s'agit cependant d'un ténia armé, ainsi que le montre l'examen de la tête.

2° *Lésions cardiaques.* — Le poids du cœur, débarrassé de ses caillots et après section des artères un peu au-dessus des valvules, est de 500 gr. ; il est donc notablement hypertrophié et cette hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche, dont les parois mesurent 26 millimètres, celles du ventricule droit ayant 12 millimètres.

L'aorte, à son origine et jusque dans une longueur de 10 à 12 centimètres, présente des plaques athéromateuses, qui se prolongent aussi dans les valvules sigmoïdes. Ces valvules sont dures et ont perdu leur souplesse; il n'y a cependant pas, à proprement parler, de rétrécissement de l'orifice aortique, mais seulement un état rugueux, parfaitement suffisant d'ailleurs pour expliquer le bruit de souffle du premier temps; insuffisance aortique modérée. La valvule mitrale est aussi athéromateuse, un peu rigide. Pas de rétrécissement de l'orifice. Dilatation légère de l'orifice tricuspide.

3° *Lésions viscérales.* — Congestion intense des deux *poumons*, plus marquée aux bases.

Les *reins* sont très congestionnés, volumineux, gorgés de sang. Ils pèsent : l'un, 250 gr. ; l'autre, 220 gr.

La *rate* pèse 555 gr. et présente à sa partie supérieure un infarctus, sans que l'examen de l'artère, suivie aussi loin que possible, fasse découvrir d'embolies.

Foie, 1,230 gr., présentant l'apparence du foie cardiaque.

3 litres de liquide dans le péritoine.

Rien dans les centres nerveux.

Tels sont, Messieurs, les résultats de l'autopsie de ce malade, et après les considérations qu'a développées devant vous notre collègue, M. Rathery, je ne crois pas nécessaire de retenir longtemps votre attention sur ce sujet, et je serai sobre de réflexions. Permettez-moi seulement de vous faire remarquer :

1° La coïncidence, avec les cysticerques, d'un ténia dans l'intestin, et j'ajoute, d'un ténia armé. C'est un cas de plus à ajouter à ceux qui ont été signalés déjà;

2° L'existence des cysticerques exclusivement dans les muscles, entre les fibre. musculaires, sans qu'un examen attentif en ait fait constater dans aucun viscères J'avouerai même que nous nous attendions un peu à en trouver dans les reins, en raison de l'hématurie persistant sans se modifier pendant deux mois. Notons aussi l'absence de cysticerques dans le cœur, le diaphragme et la langue;

3° Enfin, tous les kystes nous ont paru être au même point de développement, aucun ne paraissant en voie de régression, ainsi que cela a été vu dans quelques cas.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 janvier 1882. — Présidence de M. Millard.

SOMMAIRE. — Discours de M. Dujardin-Beaumetz et de M. Millard. — Correspondance. — Suite de la Communication de M. Martineau sur la *syphilis du singe* — Note de M. Gingeot sur un cas d'*hémi-anesthésie guéri par l'application des aimants.*— Rapport de M. Féréol sur le travail de M. Dionis des Carrières, d'Auxerre, relatif à l'*épidémie récente de fièvre typhoïde dans cette ville.* Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol, Desnos, Labbé.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Discours de M. Dujardin-Beaumetz, président sortant :

Messieurs, au moment de descendre du fauteuil de la présidence où vos suffrages m'avaient appelé, je tiens à vous remercier du grand honneur que vous avez bien voulu me faire. Comme vous avez pu le voir par le remarquable rapport de notre secrétaire général, M. Desnos, la Société, par ses travaux et ses discussions, a soutenu brillamment sa réputation et a continué de progresser dans la voie d'honneur et de travail qu'elle s'est taxée.

J'aurais voulu vous annoncer que notre Société est enfin reconnue d'utilité publique. Je laisse ce soin à mon successeur. Je puis vous dire que nous avons trouvé dans M. Quentin un directeur général disposé a accueillir favorablement notre demande.

Recevez, Messieurs, mes remerciments, pour la bienveillance que vous avez bien voulu me témoigner, bienveillance qui a rendu ma tâche si douce et si facile, et soyez persuadés que je garderai un profond et durable souvenir de la marque d'estime que vous m'avez accordée.

Allocution de M. Millard, président pour l'année 1883 :

Messieurs, c'est avec un sentiment de reconnaissance profonde que je remercie la Société de l'honneur qu'elle m'a fait en m'appelant à la présidence. Cet honneur, personne n'en sent le prix plus que moi, et je le regarde comme le couronnement de ma carrière hospitalière déjà longue.

Si je ne puis mettre à votre service les qualités brillantes de la plupart de mes devanciers, et particulièment du travailleur actif et infatigable dont je vais occuper la place, je vous promets du moins une bonne volonté et un dévouement sans bornes.

Permettez-moi d'espérer que votre bienveillante indulgence ne me fera pas défaut et me soutiendra dans l'exercice de mes fontions.

—

Correspondance imprimée. — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* — *Marseille médical.* — *Traité théorique et clinique de la dysentérie,* par M. Bérenger-Féraud. — *La pleurésie dans les maladies du cœur,* par M. Bucquoy, etc., etc.

M. Cadet de Gassicourt présente le premier numéro de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.*

M. Ferrand présente au nom de M. Fabre, de Marseille, un volume intitulé : *Fragments de clinique médicale.*

« Ce n'est pas, dit M. Ferrand, le premier volume que nous offre ainsi notre ancien camarade d'internat. Depuis ses *Leçons sur la chlorose,* le médecin de l'Hôtel-Dieu de Marseille en a publié plusieurs autres.

L'an passé, je vous présentais en son nom un volume considérable par les recherches qu'il suppose, par l'originalité avec laquelle il a été conçu, non moins que par l'étendue du

vaste champ d'études cliniques qu'il embrasse, ayant pour sujet : Les relations pathogéniques des troubles nerveux.

C'est encore de la pathologie nerveuse qu'il s'agit dans ce volume. On y trouve deux parties distinctes : la première ayant trait à l'hystérie, ou du moins aux manifestations viscérales de cette grande névrose; la seconde aux dilatations du cœur droit, lesquelles ont souvent aussi une origine nerveuse ou sympathique.

Troubles digestifs, vomissements, troubles cardiaques, phénomènes fébriles, accidents simulants la phthisie, tels que les hémoptysies sur lesquelles on attirait récemment votre attention, troubles utéro-ovariens, éruptions cutanées : tout cela est étudié successivement chez les hystériques, et dans les rapports que présentent ces divers phénomènes avec la maladie qui semble les commander.

De même pour les dilatations du cœur droit, lesquelles sont présentées dans leurs relations avec les maladies abdominales, avec les lésions thoraciques, avec les affections cardiaques elles-mêmes et avec les maladies générales.

Ces sujets, abordés avec le sens clinique le plus délié et la méthode scientifique la plus rigoureuse, sont féconds en déductions pathogéniques intéressantes et en applications pratiques des plus utiles. En somme, Messieurs, c'est là de la vraie et large clinique, et je ne doute pas que vous ne déposiez honorablement ce volume dans votre bibliothèque, et que vous n'adressiez à son auteur vos plus sympathiques remercîments. »

A propos du procès-verbal, M. MARTINEAU montre une reproduction artificielle très exacte des chancres qu'il a inoculés à un singe, et donne les renseignements suivants au sujet de l'évolution de ces chancres et de la syphilis depuis sa dernière communication.

Je viens aujourdhui, Messieurs, vous entretenir des faits qui se sont produits sur le singe depuis ma dernière communication.

Tout d'abord, je vous montre une pièce moulée par M. Jumelin sur laquelle vous constatez les deux chancres syphilitiques, dont je vous ai donné la description à la dernière séance. Ces chancres ont été moulés le 29 décembre 1882, alors qu'ils étaient âgés de quinze jours et qu'ils étaient, par conséquent, en voie de transformation papuleuse et au début de la cicatrisation. Cette pièce fait le plus grand honneur à M. Jumelin. Ceux d'entre vous qui n'ont pas examiné le singe peuvent se convaincre de la réalité de l'affection syphilitique, le moule la reproduisant avec la plus saisissante ressemblance.

Maintenant, voyons qu'elle a été l'évolution de la syphilis? Rien de particulier à noter relativement aux chancres jusqu'au 26 décembre, douzième jour de leur apparition (quarantième jour de l'inoculation). Les chancres, surtout le droit qui, vous vous le rappelez, était le plus petit, commencent à se réparer. La coloration grisâtre du fond de l'érosion fait place à une coloration d'un rouge foncé, qui va s'accusant de plus en plus les jours suivants. L'induration est très prononcée.

Le travail de réparation, de cicatrisation des chancres se poursuit normalement jusqu'au 4 janvier 1883, où il est achevé pour le chancre droit, et presque terminé pour le gauche. Pour celui-ci, la cicatrisation est complète le 10 janvier, c'est-à-dire le vingt-septième jour de l'apparition, le cinquante-sixième de l'inoculation. L'induration persiste au niveau des chancres; l'épiderme conserve une coloration brunâtre.

Les chancres, vous le voyez, ont évolué comme chez l'homme. Comme chez celui-ci, alors qu'ils n'ont pas été soumis à une cause irritante, ils se sont cicatrisés rapidement, c'est-à-dire en vingt-sept jours au plus.

Ce n'est pas tout, à mesure que les chancres évoluent, non seulement l'adénite inguinale multiple s'accuse de plus en plus, mais encore une adénite sous-maxillaire survient, ainsi que des ganglions volumineux se montrent au niveau des aisselles, notamment de l'aisselle droite. Cette adénopathie syphilitique se développe le 28 décembre et s'accuse les jours suivants.

Le 9 janvier, (cinquante-quatrième jour de l'inoculation), quatre syphilides papulo-érosives, trois à gauche, une à droite, se développent sur le prépuce. Elles ont le volume d'une tête d'épingle à une petite lentille. Sur le corps, malgré toute mon attention, je ne puis constater la présence d'une éruption de syphilide érythémateuse, les poils de l'animal constituent un réel obstacle à cette constatation. Du reste, la peau de l'abdomen, où les poils sont rares, ne présente pas de coloration anormale. La voûte palatine, la face interne des joues et des lèvres, la langue ne présente pas d'éruptions syphilitiques. Vous le voyez, ainsi que dans l'espèce humaine, les syphilides ont fait leur apparition entre la septième et la huitième semaine. Jusqu'à ce jour donc, l'évolution de la syphilis, chez le singe, est analogue à celle observée chez l'homme, alors qu'elle n'est pas enrayée par le traitement antisyphilitique. Nous verrons ultérieurement ce que sera cette évolution. Vous pouvez être assuré que je ne négli-

gerai rien pour vous tenir au courant de ce fait si intéressant pour l'étude de la syphilis. Pour le moment actuel, je consacre toute mon attention à l'évolution de la syphilis chez le singe. Plus tard, dès que je posséderai plusieurs animaux, je ferai tous mes efforts pour élucider les questions si importantes qui découlent de ce fait, l'inoculation de la syphilis au singe, à savoir : la transmission de la syphilis du singe au singe, ou aux autres animaux, soit par l'inoculation, soit par le coït, et surtout la question de l'hérédité de la syphilis qui, si, ce que j'ignore encore, ainsi que je le disais dans ma précédente communication, la reproduction des singes se fait sous nos climats, recevra probablement les éclaircissements les plus probants, et résoudra bien des problèmes sur lesquels les syphiligraphes sont loin de partager la même opinion.

En vous racontant l'histoire de l'évolution syphilitique sur l'animal en expérience, je ne vous ai donné aucun renseignement sur la température. Celle-ci a pourtant été prise tous les jours : elle a varié entre 37 et 38 degrés. Mais j'avoue que je n'y attache aucune importance, parce qu'elle ne présente pas toute l'exactitude désirable en pareille matière. Elle a été prise dans l'aisselle, l'animal étant trop indocile pour la prendre dans le rectum. Pour le faire, il aurait fallu le soumettre à un sommeil anesthésique journalier. L'inhalation de chloroforme aurait pu troubler la température normale ou morbide de l'animal. En outre, j'ai remarqué que le singe s'habituait très bien au chloroforme ; aussi les séances d'anesthésie deviennent plus longues, et la quantité de chloroforme respiré devient considérable. Alors que dans les deux ou trois premières séances, il fallait à peine quelques minutes et 20 à 40 grammes de chloroforme, il faut actuellement pour obtenir un sommeil anesthésique, même incomplet, de 30 à 40 minutes et 100 à 400 grammes de chloroforme. Toutefois si la mensuration journalière de la température ne nous donne sur ce sujet que des renseignements vagues et incomplets, il est bon toutefois de faire remarquer que les mains de l'animal, ordinairement froides, sont presque constamment chaudes et parfois brûlantes, ce qui indiquerait une augmentation sensible de la température du corps, un état fébrile presque permanent avec des exacerbations momentanées.

Dans notre prochaine séance, en vous montrant le moule en cire des syphilides que j'ai fait prendre par M. Jumelin, je vous signalerai les faits qui se seront passés à partir de cette communication.

M. Dujardin-Beaumetz demande à M. Martineau s'il a essayé d'inoculer la syphilis à d'autres singes.

M. Martineau : N'en possédant qu'un, je n'ai pas étendu le champ de mes recherches ; mais je compte le faire à la première occasion.

—

M. Gingeot lit une note sur un cas d'hémianesthésie guéri par l'application des aimants. (Sera publiée.)

—

M. Féréol lit un rapport sur la candidature de M. Dionis des Carrières, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Auxerre, au titre de membre correspondant. (Voyez Union Médicale, 15 mars 1882.)

Les conclusions du rapport de M. Féréol sont mises aux voix et adoptées.

M. Dujardin-Beaumetz demande à M. Féréol de quelles eaux minérales de table il a voulu parler en disant qu'elles pouvaient devenir dangereuses.

M. Féréol : J'ai voulu parler de l'usage prolongé de l'eau de Vichy et même de l'eau de Saint-Galmier.

M. Dujardin-Beaumetz : Je crois en effet que l'on peut attribuer à ces eaux le vertige dont parle M. Féréol. J'en dirai autant de l'eau d'Apollinaris, eau d'origine allemande, surchargée artificiellement de chlorure de sodium et d'acide carbonique, et à l'usage de laquelle l'Académie a donné son approbation. L'eau de Saint-Galmier serait elle-même surchargée d'acide carbonique au moment de la mise en bouteilles. Toutes les eaux gazeuses artificielles sont passibles des mêmes reproches ; mais de plus, comme l'a démontré M. Gautier à l'Académie, elles présentent un autre danger en raison du siphon qui les renferme ; elles contiennent toutes du plomb provenant des ajutages de ce siphon ; ce plomb forme, avec l'acide carbonique de l'eau, un carbonate de plomb très toxique, comme vous le savez. Il est bon que ces détails soient connus à Paris surtout, où tout le monde, les étrangers principalement, fait une grande consommation d'eaux minérales artificielles.

M. Desnos : Je suis convaincu, pour ma part également, que l'usage trop prolongé des eaux chargées d'acide carbonique donne des vertiges.

M. Féréol : J'ai observé ces vertiges après l'emploi continu de l'eau de Saint-Galmier, et j'ai fait cesser ces vertiges en faisant cesser l'usage de ces eaux. Quant au plomb signalé par M. Gautier dans les siphons d'eaux artificielles, est-il bien dangereux ? j'en doute, en raison de sa faible quantité.

M. Dujardin-Beaumetz : Sans doute les proportions de plomb sont minimes, mais, à la longue, qui sait si l'on ne pourrait pas être conduit à une véritable intoxication saturnine ? Qui sait si certaines scléroses rénales ne pourraient point s'y rattacher. En tout cas, ayons l'œil ouvert et sachons, pour en éviter l'usage et les proscrire au besoin : que les nappes de table blanches, cirées, contiennent du plomb; que les conserves grasses en renferment, qui provient des soudures de la boîte; que l'huile et même le vin, conservés dans des verres de cristal, se chargent aussi au bout de quelque temps de parcelles de plomb provenant de la décomposition du cristal par l'huile ou par l'acide acétique. Ce sont-là des faits dont on ne peut nier l'intérêt, au point de vue de l'hygiène et de la médecine.

M. Labbé : Pour en revenir à l'étiologie de la fièvre typhoïde, il serait intéressant d'établir dans les campagnes si les épidémies ne correspondent pas avec des épizooties, et si l'eau infectée par les déjections des animaux malades ne pourrait pas être incriminée, comme cause de fièvre typhoïde chez l'homme. C'est ce que j'ai cherché pendant un mois passé en Touraine (il y a près de 20 ans), dans une des communes où Gendron (de Château-du-Loir) recueillit les observations qui lui servirent à démontrer d'une façon si péremptoire la contagion de la fièvre typhoïde niée jusqu'alors. J'ai suivi dans quelques fermes, à l'exemple de Gendron, la propagation d'une épidémie typhoïde qui y régnait depuis quelques mois; et je restai convaincu qu'une meute de chiens courants, dont les trois quarts succombèrent à une dothiénentérie constatée par un vétérinaire habile, avait transmis le premier germe aux deux malades de la ferme voisine. Des investigations plus prolongées et plus complètes auraient été nécessaires. De semblables faits auraient-ils été observés par des médecins exerçant à la campagne ? Là ! bien plus que dans les villes, on peut juger les questions de contagion.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Duguet.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séances des 27 septembre et 25 octobre 1882. — Présidence de M. Donadieu.

Sommaire. — Correspondance. — Pleurésie purulente suivie de pyopneumothorax : thoracentèse; guérison.

La correspondance comprend : la *Revue médicale française et étrangère*, la *Revue médicale de Toulouse*, le *Bulletin médical du Nord*.

M. Groussin fait la communication suivante :

Les médecins s'accordent généralement pour regarder comme nuisible l'introduction de l'air dans la cavité de la plèvre, que cette cavité soit remplie de sérosité, ou qu'elle soit pleine de pus. La thoracentèse faite avec les divers aspirateurs à la mode, depuis plusieurs années, offre les plus grandes chances pour que l'air ne s'introduise pas; mais l'usage de ces aiguilles aspiratrices est limitée et ne s'adresse qu'aux épanchements séreux, ou aux épanchements séro-purulents, en un mot aux épanchements de liquides assez fluides pour pouvoir traverser le canal si étroit de l'aiguille; et encore le liquide aura beau être fluide, s'il est accompagné, comme souvent, de fausses membranes, celles-ci boucheront vite l'orifice filiforme de l'aiguille.

Dans les cas d'épanchement pleurétiques, s'il y a doute sur la nature du liquide, la ponction avec les aiguilles aspiratrices est tout à la fois exploratrice et curative, et si le liquide ne sort pas ou ne sort qu'avec une extrême difficulté, on est obligé de recourir a la ponction avec un trocart ordinaire ou à l'incision avec le bistouri, c'est-à-dire à l'opération de l'empyème proprement dite.

Dès 1836, Récamier, dans ses opérations de l'empyème proprement dite, prenait les plus grandes précautions contre l'introduction de l'air : il remplissait d'eau à 33° la cavité pleurale; cette eau remplaçait le liquide morbide évacué et remplaçait aussi l'air qui se serait introduit. Il employait encore un moyen assez ingénieux, peut-être oublié de nos jours : après l'opération, et après l'injection de l'eau tiède, dont une plaque de sparadrap de diachylun empêchait la sortie, il faisait prendre au malade une attitude propre à refouler vers la cavité thoracique les viscères de l'abdomen; dans cette intention, il relevait continuellement

le bassin par des coussins placés sous le siège; puis il renouvelait le liquide toutes les vingt-quatre heures.

En 1841, M. le docteur Lagarde se sert d'un trocart ordinaire, muni d'un intestin d'oie et d'une vessie de cochon; c'est le procédé de Reybard et de Trousseau, ou plutôt ce dernier était celui de Lagarde un peu modifié et considérablement augmenté par la grande renommée du maître.

En 1844, le docteur Netter de Hochfelden a pratiqué, sept fois en quinze mois, l'opération de l'empyème avec un trocard sur un homme de 22 ans; l'air allait et venait du dehors au dedans de la plèvre, dès la première ponction, si bien que, après la septième, le docteur se décida à laisser une canule dans la plaie, qui donnait passage à une quantité de pus diminuant tous les jours. En dépit des réflexions dont la *Gazette médicale* de Strasbourg fait suivre cette observation (n° de mai 1844), on est tenté de croire que l'introduction de l'air fut nuisible, puisqu'à une sérosité limpide, qni était sortie à la première ponction, succéda, aux ponctions suivantes, un liquide de plus en plus purulent. Il n'est pas fait mention d'injections : c'est dire qu'il n'en a pas été fait. Le mal était à droite. En février 1843, qninze mois après la première ponction, le malade succomba à une pneumonie du côté gauche.

En 1853, le docteur Aran, alors médecin de la Pitié, a guéri un jeune homme de vingt-quatre ans. Il était atteint depuis quinze mois d'une pleurésie chronique à gauche avec épanchemsnt. Ponction avec le trocart; issue de deux litres et demi de pus; injection iodée dans la plèvre; cette seule ponction a suffi. M. Aran a revu le malade trois mois après, et la guérison ne s'était pas démentie; seulement il y avait une rétraction très notable du côté gauche du thorax dans toute son étendue avec abaissement de l'épaule correspondante. Selon M. Aran, l'iode aurait déterminé presque immédiatement l'agglutination des deux feuillets de la plèvre. En conséquence, il préconise en pareil cas les injections iodées.

Fait du docteur Morganti, avril 1851. Enfant de 5 ans et demi; épanchement pleurétique à droite; ponction du thorax avec un bistouri et plaie disposée de manière à ne pas permettre l'introduction de l'air; issue de deux verres de sérosité; cinq jours après l'opération, la plaie se rouvre et donne issue à une grande quantité de liquide qui continue de couler pendant vingt-quatre heures. On entendait l'air entrer et sortir dans la cavité thoracique sous l'influence des efforts de la toux; guérison trois mois après l'opération, avec tête penchée à droite, et l'épaule droite cinq travers de doigt plus basse que la gauche. Ici encore, pas d'injection.

Fait de Trousseau, janvier 1853. Enfant de six ans; épanchement pleurétique à droite; ponction au trocart : deux litres de pus crémeux et inodore. Six mois après, nouvelle ponction, issue de pus avec odeur d'œufs gâtés; vingt jours après cette seconde ponction, gargouillement hippocratique, signe d'un pyo-pneumo-thorax; troisième ponction deux mois après la seconde, et canule à demeure : deux litres d'un pus horriblement fétide, mêlé de bulles de gaz. Pendant six mois, issue de 100 à 300 grammes de pus par 24 heures; injection iodée chaque matin; teinture d'iode 30 gram., eau 40 gram., iodure de potassium 25 centigr. Guérison, dix-huit mois après le début de la maladie et onze mois après l'installation de la canule, avec affaissement de la poitrine et inclinaison de la colonne vertébrale. En résumé : 200 injections iodées, puis 200 injections chlorurées ou aromatiques, et 40 kilogrammes de pus sécrété et évacué en 200 jours.

Fait du docteur Legroux, avril 1853. Petit garçon de six ans; épanchement pleurétique à gauche; fistule pulmonaire de la plèvre aux bronches vomiques. Ponction : 100 grammes de pus. Vingt-deux autres ponctions à une par semaine environ, du 24 mai 1853 au 6 janvier 1854. Injections iodées : teinture iode 30 gr., iodure de potassium 4 gr., eau 125 gr. Expulsion de crachats d'un liquide identique à celui que fournissait la canule. L'injection iodée pénètre dans les bronches; canule à demeure après la vingt-deuxième ponction; injections d'eau chlorurée; la canule reste quatre mois dans la plaie; puis une mèche la remplace pendant six semaines; l'enfant guérit avec affaissement thoracique et incurvation de la colonne.

Fait du docteur Agasson, de Saint-Mézard (Gers). Petite fille de 8 ans : épanchement pleurétique à droite. Le 14 juillet 1847, incision de la paroi thoracique avec le bistouri, dans le septième ou huitième espace intercostal, pendant l'anesthésie chloroformique; issue de pus crémeux bien lié : mèche dans la plaie; le lendemain on retire la mèche; issue de deux verres de pus; pansement deux fois par jour avec la mèche; en novembre, quatre mois après l'opération, guérison complète avec déformation du buste, qui du reste disparut petit à petit. On ne fit aucune injection; on n'eut absolument recours qu'au bouchon-mèche. La chloroformisation est à remarquer dans ce cas, car elle a été faite alors que l'enfant était dans un état extrême de dépérissement et de faiblesse.

Fait du docteur Stanley, de l'hôpital Saint-Barthélémy, de Londres; juillet 1858. Homme, 36 ans, épanchement pleurétique à gauche. Première ponction le 10 septembre 1856; issue de 18 onces de pus; la plaie ne fut pas refermée, et le pus coula jusqu'en juin 1857, c'est-à-

dire pendant neuf mois; il exhalait une odeur fétide, horrible; élargissement de la plaie à cette époque; injections chlorurées, mais sans succès. En juillet 1858, 22 mois après la première ponction, le malade entre dans le service du docteur Stanley; installation d'une sonde de gomme élastique à demeure; injection d'eau tiède matin et soir; diminution croissante de la sécrétion du pus jusqu'à la fin de décembre 1858. A cette époque redoublement de la sécrétion; débridement de la plaie pour faciliter l'écoulement et continuation des injections; guérison complète en septembre 1859, c'est-à-dire trois ans après la première ponction. Ici les injections et l'élargissement de l'orifice cutané de la plaie ont décidé du salut du malade.

Faits du docteur Bouchar, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saumur; juin 1860. Femme grosse, 26 ans : épanchement pleurétique à droite; ponction avec le trocart; 2 kilog. 1/2 de sérosité puriforme; injection iodo-iodurée; deuxième ponction vingt jours après la première; sonde en caoutchouc à demeure; fétidité du pus; injections iodo-iodurées; diminution progressive de la sécrétion jusqu'en avril 1861 où on enlève la sonde et où la malade est guérie; elle avait gardé la sonde neuf mois, et était accouchée heureusement pendant sa maladie. La sonde à demeure et les injections ont été dans ce cas très favorables.

Deuxième fait du même docteur. Garçon de 24 ans; épanchement pleurétique; ponction avec le trocart; 3 kilog. 1/2 de sérosité purulente d'une odeur repoussante; sonde à demeure; injections iodo-iodurées; guérison dix mois après la ponction; la sonde est restée dix mois dans la plaie. Mêmes bienfaits des injections et de la sonde à demeure que pour le précédent.

Fait du docteur Roux, médecin à Meximieux; juin 1868. Petite fille de cinq ans, atteinte depuis trois ans d'un épanchement pleurétique à gauche, qui s'ouvrit spontanément au dehors par le quatrième espace intercostal; le pus coule ainsi pendant trois ans; la malade arrive au dernier terme du marasme; introduction d'une large sonde en caoutchouc par l'orifice; écoulement de 200 grammes de pus d'une horrible puanteur; injection d'eau tiède additionnée d'une cuillerée d'alcoolat vulnéraire; aspiration du liquide injecté et de l'air intrapleural avec une bonne seringue; puis, toujours dans la même séance, injection dans la cavité morbide de la solution : Eau distillée 100 gram., teinture d'iode 5 gram., iodure de potassium 11 centigr., laissée dix minutes dans la plèvre, puis aspirée avec la seringue en prenant les plus grandes précautions pour que l'air ne pénètre pas par la sonde en caoutchouc. Pansement avec un morceau de diachylum, charpie, compresse et un bandage de corps. Cette seule opération suffit et l'enfant guérit sans qu'une goutte de suppuration ait apparu après l'opération, et sans difformité. Le docteur Roux n'hésite pas à mettre ce succès extraordinaire sur le compte de l'aspiration intime du liquide, au moyen de la seringue, du liquide et de l'air inter-pleural.

Fait du docteur Laboulbène, alors médecin de l'hôpital Necker; mars 1869. Petite fille de 7 ans; épanchement pleural à gauche; ponction avec un trocart à robinet et de la baudruche; évacuation de demi-litre de sérosité fortement purulente, non fétide; lavage à l'eau tiède; l'air pénètre dans la plèvre; deuxième ponction avec un gros trocart six jours après la première; 100 gram. de pus très fétide; aspiration avec une bonne seringue; pas de pus, mais de l'air dans la seringue : on conclut à l'existence d'un pneumothorax; installation d'un tube en caoutchouc à demeure, par lequel on pratique des lavages à l'eau tiède et que l'on bouche avec un fosset. Les jours suivants, injections iodées et lavages à l'eau iodée deux fois par jour. Aggravation de l'état de la malade; consultation des docteurs Barthez et Nélaton; agrandissement de l'orifice avec la laminaria, et lavages à grande eau, iodée au tiers, avec une sonde à double courant en argent; après chaque lavage on enlève la sonde et on la remplace par un tube en caoutchouc avec fosset. Le 15 juin, après deux mois d'usage, on retire le tube en caoutchouc, et l'orifice se ferme peu à peu; l'enfant guérit complètement; revue trois ans après, la malade offrait à peine de déviation du thorax. Pendant dix semaines, on avait lavé la plèvre; la guérison avait été obtenue en quatre mois et demi.

Fait du docteur Bouchard, chirurgien de l'hospice général de Saumur; juillet 1871. Homme, 19 ans à peu près. Ce fait est la répétition du précédent, au moins quant aux lavages. Pleuresie purulente avec perforation du poumon et tendance du pus à se faire jour à l'extérieur; ouverture de la paroi thoracique à l'aide du bistouri et lavages de la plèvre. Guérison deux mois et demi après l'opération.

Fait du docteur Potain. Dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1869, tom. 77, le docteur Potain revient sur le fait du docteur Roux, cité plus haut, et expose, preuve à demi vivante sous la main, comme quoi il est des difficultés notables pour l'évacuation complète du liquide, qu'il n'est pas possible d'obtenir une guérison aussi rapide et aussi merveilleuse que celle du docteur Roux, en se conformant même strictement à ses instructions. Il faut lire, par le menu, ces réflexions du médecin de Necker; elles reposent sur l'observation d'une dame d'une trentaine d'années, et c'est dans cette circonstance qu'il imagina son admirable appareil en Y, connu sous le nom de *Siphon du docteur Potain*. L'analyse de cette observa-

tion très intéressante lui ferait perdre son plus grand mérite, qui réside dans une abondance de petits détails indispensables à la guérison et indispensables aussi à l'instruction complète des lecteurs. J'y renvoie donc mes auditeurs, et je les conjure de bien s'en pénétrer, pour en faire leur profit à l'occasion (*Bull. de thérap.*, tome 77, année 1869).

Fait du docteur D.... Le docteur D... est ici le malade. Dans la séance de la Société des hôpitaux du 8 octobre 1875, le docteur Millard donne lecture de l'observation du docteur D..., dont la maladie a été pendant longtemps, pour le Corps médical, l'objet de vives préoccupations. Beaucoup d'entre vous, Messieurs, l'ont peut-être encore présente à l'esprit ; en voici les points les plus saillants : épanchement pleurétique à gauche, chez un homme de 40 ans, remontant à février 1870 ; première ponction par M. Dieulafoy lui-même, le 6 avril, avec l'aiguille aspiratrice ; rien ; deuxième ponction, qui donna issue à du sang rutilant mêlé de bulles d'air ; en même temps, le docteur D... tousse et crache un liquide aéré et sanguinolent. Le 15 avril, neuf jours après, M. Nélaton enfonce l'aiguille aspiratrice dans le septième espace intercostal ; pus ; il retire l'aiguille, la remplace par un trocart, issue de 2 kil. 450 grammes d'un pus d'une fétidité repoussante. Tube en caoutchouc à demeure ; deux lavages par jour à l'eau phéniquée. Le 4 mai, l'appareil ne marche plus ; incision par M. Nélaton de l'espace intercostal : il y eut une minute tragique pour le grand chirurgien, alors qu'il sentit sous le bout de son index battre le cœur de son ami ; sans cette précaution d'explorer la plaie avec son doigt, il incisait le cœur lui-même. Installation d'un tube en caoutchouc et lavages réguliers. M. D... était complètement guéri le 1er février 1871, dix mois après la première ponction du docteur Dieulafoy.

Dans la séance de la Société des hôpitaux du 23 janvier 1874, M. le docteur Martineau, donnant la statistique des opérations qu'il avait pratiquées depuis quelque temps pour des épanchements pleurétiques, dit que dans quatre opérations d'empyème contre des épanchements purulents, il a obtenu trois guérisons. La mort, survenue dans le quatrième, était due à la tuberculisation pulmonaire, et encore, dans ce fait, l'empyème avait été utile, parce qu'il avait permis de prolonger pendant un certain temps la vie du malade.

Fait du docteur Blachez, Société des hôpitaux, mars 1879. Jeune fille de 14 ans ; opération de l'empyème en octobre 1878 ; deux hémorrhagies très graves pendant l'opération ; introduction de deux gros drains et lavage de la plèvre avec de l'eau phéniquée ; au bout de quinze jours, on ôte un drain ; en décembre, on ne fait plus rien ; quinze jours après, accumulation de pus, sonde à demeure avec injections iodées ; guérison complète en février 1879, cinq mois après l'opération.

Si l'on veut bien méditer un peu sur les seize observations qui précèdent, on aura l'esprit frappé d'étonnement devant ces seize guérisons, que les médecins traitants avaient les premiers, d'après leur propre aveu, jugées comme presque impossibles : l'abondance de la suppuration, le dépérissement des malades, la fièvre hectique, la longue durée de la maladie, toutes ces conditions pernicieuses au premier chef ne furent point fatales, et les enfants comme les adultes recouvrèrent la santé. Il est regrettable qu'à côté de ces succès nous n'ayons pas les insuccès, les efforts faits par la science dans les uns comme dans les autres étant toujours instructifs, et la vraie médecine consistant autant à apprendre ce qu'il ne faut pas faire qu'à montrer les exemples à suivre.

L'observation, que j'ai l'honneur d'exposer à la Société, se rapproche beaucoup de quelques-unes des précédentes ; elle en diffère par quelques particularités.

Elise T..., âgée de 10 ans, n'a jamais fait de maladie grave, tout en étant d'une santé assez médiocre ; elle est brune, de grands yeux très expressifs, très intelligents, très nerveuse, maigre, comme il convient à son âge. Père et mère d'une très bonne santé ; elle a une sœur de 12 ans aussi d'une très bonne santé.

Vers le commencement de février 1882, malaises, maux de tête, diminution de l'appétit, tristesses. Je vois l'enfant le 6 février ; pouls 90 ; sonorité moindre à la base du poumon gauche ; on y entend aussi moins bien la respiration. Rien aux deux sommets, examinés au point de vue des tubercules.

Du 7 au 22 février, médication dirigée contre un épanchement pleurétique qui était devenu certain dès la visite du 7 au matin. Tisane nitrée, potions à la scille et à la digitale, deux vésicatoires à quatre jours d'intervalle ; tous ces moyens n'eurent aucun succès et le flot montait toujours, si bien que, le 20 février, nous avions : matité complète du haut en bas, en arrière et dans la fosse axillaire ; on entend encore un peu la respiration en avant, sous la clavicule ; le cœur est refoulé sous le sternum ; les côtes paraissent relevées et bombées en avant et en arrière ; pouls 140 ; 40 respirations par minute ; état général mauvais : grand amaigrissement, facies gris-blanc ; la langue seule est bonne, à surface presque normale, la faiblesse est extrême. Mon confrère, le docteur Chanu, de Meudon, et moi, sommes d'avis qu'il y a urgence de pratiquer la thoracentèse, et je lui en confie le soin.

Le 28 février, à neuf heures du matin, ponction dans le huitième espace intercostal, vers le milieu du tiers moyen, avec l'aiguille la plus grosse de l'appareil Dieulafoy; quelques gouttes d'un pus infect sortent, mais impossible d'en obtenir davantage; on retire l'aiguille et on enfonce en son lieu et place un gros trocart ordinaire, dont la canule mesure 5 millimètres de diamètre et muni de sa baudruche, selon la méthode du docteur Trousseau; il s'écoule environ un quart de verre d'un pus jaunâtre excessivement fétide; nous restons deux heures auprès de la malade et faisons des injections à l'eau tiède, par la canule, en prenant le plus grand soin contre la pénétration de l'air. L'eau d'injection et le pus ressortent difficilement, par la canule même, sous l'influence d'une aspiration lente, mais énergique, avec une seringue pneumatique; environ une demi-cuillerée à café de sang rouge apparaît dans la seringue, qui nous semble bien être du sang du poumon; celui-ci aurait-il été piqué? Pendant les deux ponctions, l'enfant s'est livrée à des soubresauts et à des contorsions telles qu'elle a surmonté un instant l'énergie des aides eux-mêmes, qui prétendaient la maintenir, et il est à craindre qu'elle ait elle-même provoqué cet accident. De plus, la petite malade, de plus en plus irritée et récalcitrante, parvient à nous faire lâcher prise sur elle, et l'air du dehors entre évidemment par la canule; ce que voyant, nous en prenons notre parti, nous ôtons la canule et la remplaçons par une sonde en gomme qui traverse une plaque en caoutchouc appliquée sur l'orifice de la plaie; on bouche la sonde avec un petit fosset et on la fixe par des rubans. Nous quittons la malade, prévenant la famille que, dans quelques heures ou demain matin au plus tard, il était presque certain que l'enfant succomberait. Pouls 130 à 140.

Mercredi, 8 heures du soir. Pouls 130 à 140. Un peu d'emphysème sous-cutané, dans la région sous-claviculaire et en avant de la partie moyenne du creux axillaire; les bulles d'air, très fines, crépitent sous mes doigts; il n'y a pas à en douter, la cavité de la plèvre communique avec le poumon et avec l'air intérieur par l'orifice cutané; on verra plus tard que le trocart n'est pas aussi coupable qu'on l'aurait cru d'abord et que des ulcérations pulmonaires tuberculeuses avaient fait très probablement à elles seules les frais de ce pyopneumothorax. Je persiste dans mon pronostic funèbre.

Jeudi, 8 heures du matin. J'enlève la sonde en gomme, par laquelle il ne coulait presque rien et je la remplace par une tige de laminaria préparée, de la grosseur d'un crayon ordinaire de nitrate d'argent. Une injection de deux cuillerées d'eau tiède, par la sonde, a fait tousser la malade, qui dit que ça lui revient par la bouche. Même état très grave, même pronostic.

Vendredi, 3 heures du soir; la malade a mangé, hier au soir, un peu d'œufs au lait avec plaisir. Je retire avec peine la laminaria, tant elle s'était gonflée; un flot de pus, horriblement fétide, jaillit aussitôt : un verre environ. J'introduis une sonde de femme en argent et j'injecte doucement de l'eau tiède, mais l'enfant est prise de quinte de toux violente avec expectoration de pus mélangé de sang, environ un verre; il ne sort presque rien par la seringue; je place à demeure un tube en caoutchouc, à diamètre beaucoup plus petit que celui de la plaie. L'enfant fait des mouvements violents, pousse des cris perçants, est dans un état d'exaspération qui rend nos manœuvres très difficiles; disque en caoutchouc autour du tube; bandelettes de taffetas d'Angleterre pour le fixer.

Samedi, 10 heures, matin. Depuis hier l'enfant a toussé de temps en temps; le pus a soulevé le disque et le taffetas d'Angleterre et s'écoule entre le tube et la paroi de la plaie à chaque effort de toux; il ne s'écoule rien par le tube. Nous essayons les lavages, les quintes reviennent; elle crache du pus. Même pansement qu'hier.

Samedi, 8 heures, soir, je retire le tube; rien ne s'écoule. Je veux faire un lavage avec une sonde à double courant, impossible; l'indocilité de l'enfant m'oblige à la laisser telle qu'elle, sans tube. Pansement avec un linge plié en quatre imbibé d'eau phéniqué à 1/2000 et bandage de corps. Aujourd'hui, elle a un peu mangé.

Dimanche. Elle a rendu cette nuit par le trou, pendant les efforts de la toux, une fausse membrane longue de 5 centimètres, large de 3.

Lundi et mardi 28 février. J'ai replacé le tube en caoutchouc lundi matin; il a 6 millimètres de diamètre paroi comprise et 27 centimètres en longueur; 6 centimètres sont en dedans de l'orifice et j'ai pratiqué 3 fenêtres vers son extrémité interne; lavages deux fois par jour avec la même eau phéniquée. Elle a mangé des pissenlits, des haricots et du mouton; elle est moins mal; le pouls est toujours de 130 à 140; un peu moins de matité dans la zone qui entoure le tube; matité dans les deux tiers supérieurs. Elle dort quelques heures dans la journée; elle crache du pus et un peu de sang; le pus sort par l'orifice de la plaie. La mère, très adroite, apprend à faire les injections.

Mercredi 1er mars. Assez bonne nuit; elle a mangé. Le lavage n'a pu être fait hier au soir, tant l'enfant fait de résistance; elle prétend que ces injections sont très douloureuses; mais il nous semble que la crainte provoque ses cris et ses gesticulations encore plus que la souf-

france. Cette nuit, elle a enlevé son tube. J'introduis une sonde en gomme, j'injecte quatre seringues d'eau phéniquée; il ne reste presque rien, mais elle crache environ un quart de pus sanieux. Je ne laisse rien dans la plaie. Pansement avec des compresses phéniquées.

Jusqu'au samedi, 5 mars, nous sommes obligés, comme précédemment, de tenir un grand compte de la résistance de l'enfant pour introduire ou non un tube ou une sonde, et pour faire ou non des injections.

Le samedi, 5 mars, l'orifice était tellement rétréci que je mis pour la seconde fois un petit cylindre de laminaria, long de 5 centimètres et d'un diamètre de 3 millimètres. Je l'enlève vingt-quatre heures après, il ne s'écoule rien.

Du samedi, 5 mars, au 16, mêmes manœuvres que précédemment.

Le jeudi, 16 mars, elle crache un demi-verre de pus et des fausses membranes qui mesurent à peu près 9 centimètres carrés de surface.

Vendredi 17 et samedi 18. Le 17, l'orifice qui s'était presque fermé s'est rouvert et a donné passage à un verre de pus fétide; elle a craché du pus et des fausses membranes grandes à elles toutes comme la moitié d'une main d'adulte; depuis ces évacuations, le facies qui s'était altéré est devenu meilleur.

Dimanche, 19 mars, elle crache du pus et du sang rouge par l'orifice, par l'orifice sortent du pus et des fausses membranes; celles-ci pèsent 9 grammes.

Lundi, mardi, mercredi, jeudi, le mieux va en augmentant; elle mange davantage. Il ne s'écoule presque rien par l'orifice et elle ne crache presque pas; elle ne tousse guère qu'au moment des injections, quand on peut les lui faire. Le jeudi, elle se lève une heure dans un fauteuil; pouls 120; matité dans les deux tiers postéro-supérieurs, sonorité dans le tiers inférieur; à l'oreille, gargouillement à peine sensible au sommet en arrière; c'est à se demander si ces bruits morbides n'ont pas leur siège dans la cavité de la plèvre chargée de pus, de fausses membranes et d'air, plutôt que dans le tissu pulmonaire qui alors serait creusé de cavernes. En présence des fausses membranes qui devaient tapisser les faces de la plèvre, flotter dans le liquide, et s'opposer par leur cloisonnement à son issue complète, j'avais songé un instant à faire des injections de papaïne pour réduire ces néo-membranes à l'état de bouillie ou de solution, et les extraire plus facilement par les lavages. Je mis dans un verre 75 centigrammes de ces néo-membranes et 3 grammes de solution de papaïne Trouette et Perret; cette dernière se compose de papaïne pure 2 gr. 50, eau distillée 10 gr. Après 96 heures de contact, ces membranes étaient absolument dans le même état; il est vrai que le mélange ne fut soumis qu'à la température extérieure, soit 15 degrés environ. D'un autre côté, je réfléchis que ma papaïne injectée dans la cavité thoracique, sous l'influence d'une température de 37 ou 38 degrés, serait capable de dissoudre non seulement les néo-membranes, mais la plèvre, mais le poumon et le reste; je m'abstiens donc, laissant à d'autres le soin d'expérimenter pareille tentative.

L'enfant a repris toutes ses petites occupations dans le mois de mai 1882; je la rencontre souvent allant à l'école; et aujourd'hui, octobre 1882, elle continue à se bien porter, tout en offrant à l'œil du médecin les signes d'une petite tuberculeuse sur sa figure empreinte d'une précocité intellectuelle de mauvais augure au point de vue de la santé générale.

M. le Président remercie M. Groussin de cette intéressante communication.

— La séance est levée à six heures.

JOURNAL DES JOURNAUX

Hysterical spine, par le docteur O. Vincent. — Sous le nom d'*hysterical spine*, on a désigné une forme particulière de l'hystérie. Le signe le plus constant est la *douleur* dorsale, provoquée non pas par une forte pression sur les apophyses épineuses, mais en promenant légèrement le doigt sur le rachis depuis la région cervicale jusqu'au sacrum. La violence de cette douleur provoque des mouvements d'extension ou de flexion du tronc, des cris et des sanglots. Dans la station debout, une percussion légère de l'épine dorsale fait apparaître les mêmes phénomènes. Cette douleur est souvent localisée au sacrum, surtout quand elle accompagne des troubles utérins.

Le second symptôme est une déformation du rachis, facilement réductible, mais se reproduisant dès que l'action cesse d'être exercée. Le diagnostic est facile quand il existe d'autres troubles nerveux. D'ailleurs, dans la majorité des cas, et quand les sujets sont jeunes, le pronostic est favorable. Le traitement orthopédique doit se borner à l'emploi d'appareils très simples. L'eau froide est la meilleure médication, quand on l'emploie avec l'éponge et en provoquant une salutaire réaction. Le traitement interne ne peut d'ailleurs avoir qu'une influence

morale. A l'appui de ces conclusions, l'auteur publie trois observations, dans lesquelles les malades ont été guéries par cette médication. (*The med. press and circ.*, 4 octobre 1882, p. 276.) — L. D.

Torticolis spasmodique, par M. le docteur Roddick (de Montréal). — Dans la séance du 6 septembre 1882 de l'Association médicale du Canada, le docteur Roddick a présenté un malade qui, pendant plusieurs mois, avait été atteint d'une contraction spasmodique des muscles de la nuque et du cou. Par moment, cet individu était obligé d'immobiliser sa tête avec les mains et avait été inutilement soumis aux médications classiques et à l'électricité. La myotomie sous-cutanée ne procura qu'un faible bénéfice. La guérison fut obtenue après l'application répétée du cautère actuel sur la région postérieure du cou. (*The Canadian journ. of med. sc.*, p. 340 ; octobre 1882.) — L. D.

De l'ergotine dans les maladies de l'encéphale, par M. le docteur Luys. — Chez les malades, plus ou moins névrosiques, qui présentent une excitation automatique des muscles phonateurs, et qui émettent un mot au lieu de celui qu'ils veulent prononcer, le docteur Luys a employé avec succès l'ergotine dans un julep à la dose de 30 à 50 centigrammes par vingt-quatre heures.

Ce médicament a procuré une diminution des troubles moteurs et de l'état congestif. Le médecin de la Salpêtrière a obtenu aussi de bons effets de l'administration de l'ergotine associé ou chloral, contre certaines formes de manie et d'insomnie chez les hallucinés. (*Journ. de méd. de Paris*, 3 septembre 1882.) — L. D.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1882-1883 sera ouvert le mercredi 4 avril. Il sera clos le samedi 21 avril, à trois heures de l'après-midi. Les inscriptions seront délivrées les mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de midi à trois heures, dans l'ordre ci-après : 1° inscriptions de première et de deuxième année, du mercredi 4 au jeudi 12 avril inclus ; 2° inscriptions de troisième et de quatrième année, du vendredi 13 au samedi 21 avril inclus. MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté. Il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour inscriptions de troisième et de quatrième années (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du 12 avril.

Les élèves autorisés à subir les examens de fin d'année (ancien régime), au mois d'avril, devront consigner les lundi 12, mardi 13, lundi 19 et mardi 20 mars 1883. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir ces examens.

—

Association générale des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu le 1er et le 2 avril prochain, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du Dimanche 1er Avril. — La Séance sera ouverte à *trois heures précises*. — 1° Allocution de M. le Président. — 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier. — 3° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général. — 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1882, par M. A. Foville, secrétaire général. — 5° Election de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Gosselin, Jeannel, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Simonin, arrivés au terme de leur exercice, et de M. Woillez, décédé. — 6° Eloge de M. A. Latour, par M. Gallard, membre du Conseil général.

Banquet. — Le banquet aura lieu le Dimanche 1er Avril, *à sept heures précises*, dans les salons de l'hôtel Continental, rue Castiglione.

On souscrit directement ou par lettre, chez M. Brun, Trésorier de l'Association, 23, rue d'Aumale. — *Prix de la souscription* : 20 *francs*.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE CHIRURGICALE

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES SYPHILIDES TRAUMATIQUES,

Par M. OZENNE, interne du service,

Revue par M. VERNEUIL.

Suite et fin. — (Voir l'UNION MÉDICALE du 17 mars.)

OBS. XI (personnelle). — *Plaie contuse de la région plantaire, influencée dans son évolution par la diathèse syphilitique.*

Am... (Charles), âgé de 31 ans, machiniste, entre le 30 septembre 1882, salle Michon, n° 51, service de M. Verneuil.

Chancre en 1874 : Traitement au mercure et à l'iodure pendant un mois et demi. En 1880, ecthyma syphilitique sur les membres inférieurs, traité par l'emplâtre de Vigo et l'iodure, dans le service de M. Vidal, à Saint-Louis.

Vers le milieu de novembre dernier, à la suite de marches prolongées et d'une pression continue, déterminée par la saillie d'un clou sur la semelle de la chaussure, une petite grosseur douloureuse apparaît à la région plantaire, au niveau de la partie moyenne du bord externe. Quelques jours après, le durillon forcé, ainsi que l'appelle le malade, s'accroît, devient plus sensible, se ramollit et s'ouvre en laissant écouler un liquide purulent.

Actuellement, on constate une ulcération ovalaire, recouverte d'un pus grisâtre abondant et limitée par des bords saillants, durs, d'un rouge foncé et inégaux ; vives douleurs à la pression ; marche impossible.

La plaie, nettoyée, laisse apercevoir en son milieu un îlot de peau restée intacte.

Pendant une quinzaine de jours, des pansements phéniqués sont appliqués sur la plaie sans produire d'autre résultat que de déterminer des douleurs spontanées tellement vives, qu'ils sont remplacés par des cataplasmes de farine de lin.

Mais aucune amélioration ne survient ; c'est alors qu'un examen un peu plus minutieux fait reconnaître la nature syphilitique de quelques cicatrices, que le malade porte sur les jambes. L'emplâtre de Vigo, l'iodure et les pilules de proto-iodure sont prescrits. Au bout de huit jours, l'amélioration est sensible, la suppuration diminue, le fond de la plaie tend à se mettre de même niveau que les bords, qui s'affaissent, et, dans la semaine suivante, on voit de la périphérie la cicatrisation marcher vers l'îlot cutané médian, autour duquel se fait également le travail réparateur. Le 1er février, la cicatrisation est complète.

Dans cette observation se voit nettement l'influence unilatérale de la diathèse sur la blessure. Tant que le traitement spécifique n'est pas mis en usage, l'ulcère reste stationnaire et sa sensibilité est portée à un degré extrême : avec le mercure et l'iodure, les douleurs disparaissent et la guérison est rapide.

OBS. XII (personnelle). — *Accidents secondaires développés sous l'influence du traumatisme.*

X..., étudiant, 25 ans : vigoureux, bien musclé ; bonne santé habituelle ; pas de rhumatisme, pas d'indice de scrofule.

Dans le courant de l'année 1877, le malade contracte un chancre induré, dont la cicatrisation est complète en trois semaines. Aucun traitement interne n'est suivi. En janvier 1879, apparaissent quelques petites ulcérations buccales qui cèdent au chlorate de potasse, et une laryngite, qui persiste encore aujourd'hui, après périodes successives d'augmentation et de diminution.

En février 1881, le malade, engagé volontaire *dans la cavalerie* depuis le mois de novembre, constate, à la partie moyenne de la face interne de la jambe droite, l'apparition d'une tumeur, indolente, sans changement de coloration de la peau, et qui atteint assez rapidement la gros-

seur du pouce. Dure dans les premiers jours, elle se ramollit au bout d'une semaine, puis s'ulcère et laisse écouler un liquide rouge grisâtre. Quelques jours après, surviennent sur les deux membres inférieurs, au nombre d'une quinzaine environ, des ulcérations de largeur et de profondeur variables, les unes et les autres complètement indolentes et laissant suinter un liquide purulent assez abondant.

Pendant deux mois, ces ulcérations sont pansées avec le vin aromatique, sans qu'il s'y produise aucun changement et la cicatrisation n'est amenée que le jour où un médecin, reconnaissant la nature spécifique de ces plaies, prescrit le sirop de Gibert : 10 jours de ce traitement ont suffi pour procurer la guérison. Actuellement les cicatrices sont caractéristiques.

En résumé, chez ce jeune homme, en puissance de syphilis, un trauma peu violent, mais continu, le *frottement de la jambe contre le corps du cheval et contre la lanière de l'étrier*, provoque en ce point l'apparition d'une gomme. Sous l'influence de ce traumatisme, la diathèse se réveille et des syphilides ulcéreuses viennent couvrir les membres

OBS. XIII (perssnnelle). — *Gomme de la région mammaire. Traumatisme.*

Bl... (Aurore), 40 ans, concierge, entre le 16 avril 1875 salle Sainte-Catherine, n° 8 (hôp. de la Charité), service de M. le professeur Gosselin.

Santé habituelle bonne. Pas de traces de strume ni de syphilis. Sur les seins plusieurs cicatrices, reliquats d'abcès post-puerpéraux à l'âge de 23 ans.

Depuis quelques années, la malade présente de temps à autre des attaques dans lesquelles elle perd connaissance. Vers la fin de mars dernier, lors d'une de ces attaques, elle s'est, dans sa chute, frappée le sein gauche, comme semblent l'indiquer quelques douleurs ressenties après l'accident.

Le 6 avril elle a constaté, au-dessus du mamelon gauche, la présence d'une petite tumeur, dure, indolente; dont le volume s'est graduellement augmenté jusqu'à aujourd'hui.

Actuellement on note dans ce point une tumeur de la grosseur d'un marron, dont la face antérieure serait aplatie; les téguments qui la recouvrent sont sains; mobile sur les parties profondes, indépendante de la glande mammaire, qu'on isole facilement, elle se confond, à sa périphérie, avec le tissu cellulaire environnant, et semble développée dans l'épaisseur de la couche sous-cutanée. Indolente soit spontanément, soit à la pression, elle offre une consistance inégale; dure à la périphérie, elle est molle, presque fluctuante, dans sa partie centrale.

Point d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle. Aucune manifestation syphilitique autre qu'une céphalalgie bi-temporale survenue depuis quelques jours et des douleurs nocturnes dans les jambes.

M. Gosselin diagnostique nne gomme et prescrit le sirop de Gibert. En un mois la guérison est complète.

Dans ce cas, il ne semble guère possible de mettre en doute l'action du trauma sur le développement de la gomme et des douleurs nocturnes. La maladie s'est réveillée et s'est manifestée en plusieurs points ; et pour la région mammaire, qui quinze ans auparavant était le siège d'abcès, on peut se demander si elle n'était pas un *locus minoris resistentiæ*.

OBS. XIV. — *Contusion linéaire de la jambe. Induration spécifique du derme reproduisant exactement la forme et les dimensions du foyer contus*, par M. Verneuil (1).

« Femme de 25 ans, de bonne constitution. A la suite d'une chute, contusion circonscrite et superficielle de la jambe vers le 15 janvier 1879. Au bout de trois semaines, pas de guérison et quelques vagues douleurs au point blessé. A la fin de février, induration douloureuse au toucher. Le 3 mars, on note à la face interne de la jambe une tache à la peau longue de 6 centimètres, large de 3, oblique de bas en haut et d'avant en arrière, et représentant fidèlement l'empreinte qu'avait laissée le cadre de la chaise, sur laquelle était tombée la malade ; sous cette coloration anormale, induration cutanée et sous-cutanée de forme et de dimension pareilles.

M. Verneuil ayant guéri cette malade, un an auparavant, par l'iodure de potassium, de croûtes qu'elle portait à l'entrée des narines, prescrit le même traitement et l'onguent mercuriel sur la plaie.

Disparition rapide des douleurs et guérison en quelques jours. »

(1) Verneuil. *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1879.

Obs. XV. — *Syphilis secondaire commençante. Chute sur le grand trochanter. Plaie contuse, circonscrite. Développement rapide d'une eschare; à la chute de l'eschare, ulcération ressemblant à une syphilide ulcéreuse*, par Malécot (1).

« Louis D..., 23 ans, chancre en juillet 1881. Roséole, éruption papuleuse. Traitement spécifique. Dans le courant de décembre, recrudescence des accidents secondaires; chute sur le grand trochanter. Quelques jours après, eschare de la largeur d'une pièce de 2 francs, et, à la chute de l'eschare, ulcération à fond grisâtre, à bords taillés à pic, pigmentés, indurés. Chez cet homme, non seulement le traumatisme a provoqué une manifestation locale, mais il lui a encore imprimé un cachet particulier. »

Obs. XVI. — *Syphilome de la région maxillaire développé sur un foyer traumatique*, par M. Verneuil (2).

« Jeune fille présentant une tuméfaction énorme portant sur le maxillaire inférieur et les tissus mous des régions génale, massétérine et sous-hyoïdienne, sans ulcération cutanée, ni abcès, ni fistules. Maladie remontant à deux ans, s'étant un peu améliorée par l'iodure de potassium. Double arthropathie sterno-claviculaire. Avant l'apparition de la tumeur de la mâchoire, trois aiguilles étaient sorties par la joue et avaient déterminé une vive inflammation; celle-ci avait persisté avec des caractères de chronicité et sur ce *locus minoris resistentiæ* avait apparu une tumeur, de nature nettement spécifique. »

D'un nombre aussi restreint d'observations, bien qu'elles soient démonstratives, il ne nous serait pas possible de tirer des conclusions générales, si nous n'avions pas à invoquer la pratique journalière de chaque chirurgien. Que de fois de pareils faits se sont présentés ! On les a notés, sans les enregistrer, et, soit qu'on ait timidement soupçonné les rapports des deux affections, soit que l'attention n'ait pas été attirée de ce côté, on les a laissés inconnus.

On peut objecter que ce n'est là qu'une hypothèse, que les preuves font défaut, et qu'en dehors de quelques cas, l'influence du trauma et de la diathèse n'est pas nettement établie.

Nous répondrons avec M. Verneuil (3) : Dans certains cas, l'influence est unilatérale. Le trauma, sans changer d'allures et tout en marchant à souhait, provoque, détermine, excite, aggrave la propathie constitutionnelle..... ou bien, sans que l'organisme présente en apparence le moindre trouble consécutif à la blessure, on constate diverses anomalies dans le travail réparateur, et on observe dans le foyer traumatique des changements, qui traduisent un état constitutionnel latent partout ailleurs. Enfin, on constate plus exceptionnellement l'influence réciproque, ou réaction bilatérale.

M. Verneuil cite de nombreux exemples, et, dans un autre chapitre du même travail, montre par des faits que « le traumatisme crée des lieux de moindre résistance qui peuvent rester indéfiniment silencieux, mais qui sont aussi, quelle que soit leur ancienneté, exposés à répercuter l'écho de métapathies constitutionnelles; la réciproque est également vraie. »

Ces données générales, applicables aux propathies constitutionnelles, ne le sont pas moins à la diathèse syphilitique, et si, dans un certain nombre de cas, les deux affections, trauma et syphilis, peuvent évoluer parallèlement, complètement indépendantes l'une de l'autre, ou si, une influence réciproque existant, il en résulte parfois une amélioration générale, il n'en est pas moins vrai que très souvent il y a rapport intime et fâcheux entre les deux.

(1) Malécot. *Annales de dermatologie*, avril 1882.
(2) Verneuil. *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1879.
(3) *Revue de chirurgie*, janvier 1881. *Le traumatisme.*

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

SALICYLATE DE SOUDE.

Personne aujourd'hui ne conteste plus les immenses services rendus à la thérapeutique par le salicylate de soude. Son efficacité remarquable dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu est si bien établie que, suivant l'expression de M. le professeur Vulpian (1), « ce serait du temps perdu que de rapporter de nouveaux faits plus ou moins analogues à ceux que chaque médecin a pu observer dans sa propre pratique..... La guérison du *rhumatisme articulaire aigu*, ajoute cet éminent professeur, a lieu souvent, lorsqu'il est traité par le salicylate de soude, en trois ou quatre jours; dans quelques cas, elle est plus prompte encore, et toutes les manifestations de la maladie ont disparu au bout de quarante-huit heures. »

M. le professeur G. Sée avait enseigné que le salicylate de soude agissait avec autant d'efficacité *sur les enfants* que sur les adultes. Tous les médecins des hôpitaux d'enfants ont confirmé cette vérité, et parmi les conclusions d'une thèse faite sous la direction du docteur Archambault, on lit la suivante : « Dans le rhumatisme articulaire, aigu ou subaigu, et dans le rhumatisme scarlatineux, la douleur, la rougeur, le gonflement disparaissent après deux ou trois jours, en moyenne, sous l'influence de la médication salicylée. » (2)

Ce n'est pas seulement en supprimant rapidement les douleurs si pénibles qui torturent les malades que le salicylate de soude agit merveilleusement; c'est encore en prévenant l'anémie rhumatismale.

On sait avec quelle rapidité le rhumatisme articulaire aigu détruit les globules rouges du sang; deux ou trois jours après le début de l'affection des jointures, on constate presque toujours les signes d'une anémie globulaire commençante. Cette anémie augmente tout le temps que dure la maladie; aussi la convalescence se fait-elle lentement à cause de l'appauvrissement éprouvé par le sang pendant la période aiguë de l'affection rhumatismale. « Le salicylate de soude, en diminuant dans d'énormes proportions la durée du rhumatisme, arrête à ses débuts le travail de destruction des globules rouges. » (Vulpian), et M. le professeur G. Sée, parlant des effets du traitement par le salicylate sur les complications, ajoute : « L'anémie rhumatismale manque totalement. »

Ces faits sont incontestables; mais ils sont bien loin de représenter l'étendue et les limites de l'action thérapeutique du salicylate de soude, et les consciencieuses recherches de praticiens éminents nous ont appris quel parti, dans bien d'autres cas, on peut tirer de ce médicament.

Le docteur Archambault l'a employé avec succès dans la *tétanie* ou contracture essentielle des extrémités, affection de nature rhumatismale ; d'ailleurs le salicylate est efficace contre toutes les contractures douloureuses d'origine rhumatismale, et en particulier dans *le torticolis aigu*. (3)

Dans ses leçons de clinique ophthalmologique, le docteur Abadie professe que, considérant bon nombre d'*affections de l'œil* comme franchement rhumatismales, il administre à ses malades le salicylate de soude, et cela avec un très grand succès. C'est surtout dans l'*iritis rhumatismale* qu'il a obtenu les meilleurs résultats chez des sujets traités depuis longtemps sans succès par d'autres médications, dont l'iris était déformé, et dont l'acuité visuelle baissait rapidement (4).

L'efficacité du salicylate dans les accès de *goutte aiguë* n'est pas moindre que dans les manifestations du rhumatisme. « Les accès de goutte aiguë ont assurément une durée assez variée lorsque le malade n'est soumis à aucune médication; mais, en moyenne, ces accès durent bien de dix à quinze jours. Certains modes de traitement peuvent abréger cette durée, mais aucun d'eux n'a la même constance d'action que le salicylate de soude, et, en outre, il n'est peut-être pas un seul de ces moyens qui soit aussi inoffensif que ce sel aux doses où on le prescrit. » (Vulpian. *Loco citato.*)

M. le docteur Compagnon dit dans sa thèse inaugurale (5) : « Le salicylate de soude peut et doit être employé dans le traitement du *rhumatisme noueux* toutes les fois que l'état de la circulation centrale ou des reins ne vient pas le contre-indiquer. Non seulement il calme les

(1) *Journal de pharmacie et de chimie*, décembre 1881.

(2) J. Déseille. *De la médication salicylée dans le rhumatisme chez les enfants*. Paris, 1879.

(3) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1882, page 544.

(4) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1881, page 227.

(5) *De l'utilité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme noueux*. Paris, 1880.

douleurs, mais encore il permet aux articulations de reconquérir une partie des mouvements perdus, et il enraye la marche de la maladie. Il échoue quelquefois, il est vrai, mais il peut réussir là où toutes les autres médications ont échoué. »

Seulement, ajoute avec raison le docteur Compagnon, « *souvent le salicylate de soude étant impur, et cette impureté ayant causé des accidents, il sera essentiel de s'assurer de la qualité du médicament.* »

C'est là, en effet, une question d'une importance capitale. Tels accidents imputés à l'action du salicylate de soude, syncope cardiaque, troubles cérébraux, ne se sont produits que dans les cas où le médicament mal préparé avait été administré aux malades.

Une instructive discussion s'est élevée sur ce point à la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (*séance du* 8 *février* 1879). L'un des honorables membres, le docteur CHARRIER, après avoir rappelé les succès constants obtenus dans le traitement du rhumatisme par les docteurs Bucquoy, Fernet et Rigal, médecins des hôpitaux, a relaté le cas suivant : « J'ai, dit-il, dans mon service à l'Imprimerie nationale, une malade atteinte de *nodosités d'Aberdeen* avec déformation des doigts et douleurs atroces; elle prend, depuis deux ans, 4 grammes de salicylate par jour, et les douleurs ont disparu; les nodosités n'ont pas diminué, mais elles n'ont pas augmenté, et la malade a pu ne plus interrompre son travail ».... Puis il ajoutait : « Une chose aussi est à considérer, c'est la pureté du médicament; aussi me suis-je toujours servi, et avec avantage, de la Solution Clin au salicylate de soude. »

« Le salicylate que Clin emploie est d'une pureté parfaite, préparé par lui avec le plus grand soin. C'est un médicament dans lequel on peut avoir toute confiance. » Le docteur GÉRY a corroboré cette affirmation en termes catégoriques : « J'ai employé, a-t-il dit dans la même séance, le salicylate de soude aux mêmes doses et dans les mêmes conditions que vous, et, comme vous, j'ai eu des succès et des revers. Frappé de la persistance de ces derniers chez certains malades qui me semblaient être dans les meilleures conditions pour se bien trouver du traitement, j'ai cru devoir attribuer l'insuccès à la préparation plus ou moins mauvaise du médicament, et, après des essais comparatifs, je suis convaincu qu'il faut attacher une grande importance à la manière dont le salicylate est préparé, et que toutes les pharmacies ne le livrent pas suffisamment pur. Je me trouvais dernièrement en consultation avec mon excellent confrère et ami le docteur Millard, qui me disait qu'avec une préparation toujours la même, la Solution Clin, par exemple, il n'avait eu qu'à se louer de l'emploi du salicylate de soude. »

En dehors des manifestations rhumatismales et goutteuses, le salicylate de soude a été utilisé avantageusement dans plusieurs maladies fébriles où *ses propriétés antipyrétiques* ont été évidentes. M. le docteur Hallopeau l'a associé au sulfate de quinine et au calomel dans le traitement de la *fièvre typhoïde*. M. le docteur Sorel a rapporté nombre d'observations dans lesquelles ce même traitement a donné d'excellents résultats, et la température s'est abaissée d'une manière régulière.

Le docteur Hallopeau a également administré le salicylate de soude contre l'*érysipèle* (1). Il a constaté que presque toujours la température baissait notablement, et que dans quelques cas la maladie a paru abrégée.

Dans le *diabète*, M. Kamen (*Prague med. Woch*, 1880) a noté que le salicylate de soude augmentait le poids du corps en ralentissant les échanges nutritifs.

Mais, quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se propose de prescrire cet excellent médicament, il importe d'avoir constamment présentes à l'esprit les règles posées par M. le professeur G. Sée pour son administration (2). « Pour employer le salicylate de soude, le procédé le plus simple, c'est *la Solution*..... Ce sel non dissous produit les effets les plus fâcheux sur la gorge et l'estomac; aussi je ne saurais accepter l'usage du salicylate en pilules, pastilles, poudres, cachets ; car ces formes pharmaceutiques finiraient par déprécier un médicament utile. La seule condition exigible, c'est la pureté du salicylate de soude. »

A cet égard, on aura toute garantie en prescrivant la *Solution Clin :* chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de salicylate de soude pur, chaque cuillerée à café en contient 0,50 centigrammes. Cette Solution, d'un goût agréable, très exactement dosée et toujours identique dans sa composition, permet au médecin d'administrer *le Salicylate de soude pur* et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

(1) *Union médicale*, 1er mai 1881.

(2) *Académie de médecine*, 21 août 1877.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentations. — De la hernie inguinale congénitale. — De la gastro-stomie dans le rétrécissement de l'œsophage. — Goitre hypertrophique bilatéral, thyroïdectomie, guérison. — Nomination d'une commission pour l'examen des titres des candidats à une place vacante de membre titulaire.

M. Monod présente, de la part de M. le docteur Vittorio de Semo (de Corfou), une observation de taille hypogastrique sur un enfant de 8 ans, suivie de guérison.

M. de Saint-Germain offre en hommage un volume qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants sur l'orthopédie.*

—

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Monod croit devoir donner quelques explications relatives aux observations que lui avait suggérées la communication de M. Trélat sur la hernie inguinale congénitale étranglée. Sans vouloir contredire l'explication donnée par M. Trélat tonchant le mécanisme de la hernie inguinale qui serait, suivant lui, plus souvent congénitale qu'on ne pense, et due à la persistance du conduit vagino-péritonéal, M. Monod croit cependant, avec Dupuytren, qu'il peut exister des hernies inguinales non congénitales, sans la persistance du conduit vagino-péritonéal. Ces sortes de hernies en bissac ont été signalées par Astley Cooper et désignées par lui sous le nom de hernies enkystées du cordon ou de la tunique vaginale. Depuis, elles ont été étudiées par Malgaigne, par M. Bourguet d'Aix et par M. Duplay. Dans les cas de ce genre, en ouvrant la tunique vaginale, on trouve la hernie enfermée dans un sac distinct et faisant saillie dans la tunique vaginale, ou située en arrière de cette tunique. Dans quelques cas, la hernie faisait saillie dans la tunique vaginale occupée par une hydrocèle.

— M. Tillaux fait une communication, avec présentation de pièce anatomo-pathologique, sur l'opération de la gastro-stomie (bouche stomacale). Cette opération assez rarement pratiquée jusqu'à ces derniers temps et qui aujourd'hui tend à devenir plus commune, se pratique dans deux conditions différentes : tantôt pour enlever un corps étranger introduit accidentellement dans l'estomac, comme l'a fait, par exemple, M. Léon Labbé chez le malade qui avait avalé une fourchette; cette opération, dans ce cas, a reçu de M. Verneuil le nom de « taille stomacale »; tantôt la gastro-stomie est pratiquée pour remédier aux suites fâcheuses d'un rétrécissement de l'œsophage lorsqu'il est devenu assez considérable pour gêner ou pour empêcher la déglutition des aliments et des boissons.

Dans ce dernier cas, deux conditions peuvent également se présenter, selon que le rétrécissement est de nature fibreuse ou qu'il est, au contraire, de nature cancéreuse. Cette dernière condition, est-il besoin de le dire, est des plus fâcheuses, et l'opération offre alors bien peu de chances de succès, tandis que, dans les rétrécissements purement fibreux, le chirurgien peut légitimement espérer de prolonger pendant un nombre d'années plus ou moins considérable, la vie d'un malade dont les jours étaient comptés.

C'est dans un cas de ce genre que M. Tillaux a eu, l'année dernière, l'occasion de pratiquer la gastro-stomie.

Il s'agit d'un homme âgé de 52 ans, garçon d'hôtel, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, n'ayant aucun antécédent de diathèse héréditaire ni de syphilis acquise; n'ayant jamais, non plus, avalé accidentellemeot ni solide, ni liquide brûlant ou caustique. Cet homme s'aperçut pour la première fois, le 24 mars 1880, qu'il avait de la difficulté à avaler les substances solides; cette gêne alla en augmentant et s'étendit bientôt aux substances liquides. Un an après, en mars 1881, le malade entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Tillaux; il ne lui était plus possible, à ce moment, de rien avaler, ni solide, ni liquide.

M. Tillaux, en examinant le malade avec une sonde œsophagienne portant une olive à son extrémité, constata l'existence d'un rétrécissement situé dans l'œsophage, à une profondeur d'environ 18 centimètres, au-dessous du nouveau du cartilage cricoïde; on sentait là un anneau fibreux très étroit, d'un centimètre de haut environ, où l'olive était arrêtée. En poussant l'olive, celle-ci franchissait brusquement la partie rétrécie, puis, en la ramenant en haut, elle ressortait avec un petit mouvement de ressort appréciable à la main du chirurgien. Jamais l'instrument ne fut ramené au dehors teint de sang. Il s'agissait donc bien d'un retrécissement purement fibreux.

M. Tillaux parvint à passer successivement à travers le rétrécissement des olives de plus en

plus volumineuses. Au bout d'un certain temps, le malade était sensiblement amélioré; il pouvait déglutir des aliments liquides. M. Tillaux avait le projet de lui pratiquer l'œsophagotomie interne, opération qui lui avait parfaitement réussi déjà dans un cas semblable, mais cet homme avait, malheureusement pour lui, un fort mauvais caractère; à la suite d'une querelle avec un autre malade, il quitta brusquement l'hôpital. Une fois dehors, il ne se soigna plus. Ayant cessé de passer les olives, il perdit peu à peu tout ce qu'il avait gagné; le rétrécissement reprit sa marche progressive, et, finalement, il vint un moment où le malade de nouveau ne put plus rien avaler du tout, ni solide ni liquide.

Cinq mois après sa sortie de l'hôpital, il y rentrait, en février 1882, pâle, défait, profondément anémique. Il ne fut plus possible à M. Tillaux de passer aucune olive, même du plus petit volume. Comme le malade dépérissait de jour en jour et que la mort semblait imminente, il lui proposa la gastro-stomie qui fut acceptée et pratiquée le 16 mars 1882.

La principale difficulté de cette opération gît dans la détermination de la partie de la paroi abdominale à laquelle correspond la face antérieure de l'estomac et où doit être pratiquée l'incision extérieure.

Les indications données à ce sujet par Sédillot, dans son *Traité de médecine opératoire*, sont défectueuses, suivant M. Tillaux, en ce qu'elles compliquent inutilement le procédé opératoire et le rendent, sinon impraticable, du moins très difficile.

Les recherches de M. le docteur Charles Labbé, neveu de M. Léon Labbé, ont jeté une vive lumière sur ce point essentiel. M. Charles Labbé a montré que la grande courbure de l'estomac ne remonte à peu près jamais au-dessus d'une ligne horizontale qui relie entre eux les cartilages des deux neuvièmes côtes. Si rétréci que soit l'estomac, il existe toujours une petite portion directement accessible par la paroi abdominale. Cette portion est représentée par l'aire d'un triangle dont la base regarde en bas et correspond à la ligne horizontale ci-dessus indiquée, et dont les bords sont formés : à droite, par le lobe gauche du foie; à gauche, par le rebord des fausses côtes gauches. Tel est le point de repère qui doit guider le chirurgien dans cette opération, point de repère dont M. Tillaux a vérifié l'exactitude maintes fois sur le cadavre et deux fois sur le vivant. On est certain, en le suivant, de tomber à peu près constamment sur la face antérieure de l'estomac.

En se basant sur ces données anatomiques, M. Tillaux, à l'exemple de M. Léon Labbé, a pratiqué, à 1 centimètre en dedans des fausses côtes gauches et parallèlement à ces dernières, une incision de 4 centimètres dont l'extrémité inférieure venait aboutir à la ligne horizontale passant par les cartilages des deux neuvièmes côtes. Il arriva ainsi directement sur l'estomac, après avoir traversé les divers plans successifs de la paroi abdominale, le saisit avec une pince à griffes, l'attira à l'extérieur, le fixa solidement aux lèvres de l'incision abdominale, avant de l'ouvrir, afin de l'empêcher ainsi de rentrer par un mouvement brusque de rétraction dans la cavité de l'abdomen, et en fit l'ouverture.

La gastro-stomie, ainsi pratiquée, est une opération d'une simplicité extrême; les suites en furent des plus bénignes; le malade se leva dès le lendemain, se promena dans la salle et pratiqua lui-même, plusieurs fois par jour, à travers la plaie stomacale des injections d'aliments liquides. Tout allait bien et le malade avait repris rapidement de l'embonpoint et des forces, lorsque, vers le douzième jour, à la suite d'une altercation avec quelques camarades qui l'avaient plaisanté sur la singulière façon dont il prenait ses aliments, il refusa absolument de se laisser introduire dans l'estomac des aliments quelconques et finit par mourir d'inanition, le dix-septième jour, victime de son mauvais caractère.

Quoi qu'il en soit, cette observation est intéressante en ce qu'elle démontre un nouveau succès opératoire obtenu par la gastro-stomie dans un rétrécissement de l'œsophage devenu infranchissable. Il n'est pas douteux que le malade eût pu vivre longtemps, s'il n'eût pas eu une nature si irritable.

L'autopsie a montré que le rétrécissement était purement fibreux; l'inspection microscopique n'a pas laissé de doute à cet égard. L'examen de la pièce prouve qu'au point de vue opératoire le succès a été complet.

— M. Berger communique une observation relative au même sujet. Il s'agit également d'une gastro-stomie, seulement cette opération n'a pas été pratiquée pour un rétrécissement fibreux, mais pour un rétrécissement cancéreux infranchissable de l'œsophage. L'opération a été suivie de mort au bout de dix-neuf heures.

Le malade souffrait depuis trois mois et demi d'une dysphagie qui, dans les derniers jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital, était devenue complète. Depuis sept jours, il n'avait pu avaler même une goutte de liquide. C'était un homme bien constitué, bien conservé même, quoi qu'il eût été notablement affaibli dans les derniers jours, sous l'influence de la soif et de la faim. Il avait un rétrécissement cancéreux ayant son siège à la partie supérieure de la région thoracique de l'œsophage. Le cathétérisme du conduit œsophagien faisait reconnaître

un obstacle absolu. M. Berger, pensant à la possibilité d'un rétrécissement spasmodique analogue à celui dont M. Verneuil a signalé des exemples, endormit le malade au chloroforme et introduisit dans l'œsophage la bougie conductrice de la sonde œsophagienne. La bougie put franchir le rétrécissement, mais M. Berger ne crut pas devoir en profiter pour injecter des liquides alimentaires dans l'estomac, fort heureusement. Il y eut, à la suite, un léger écoulement de sang.

Après quelques hésitations et des anxiétés que comprendront tous les chirurgiens qui ont eu l'occasion de se trouver placés entre le désir de prolonger la vie d'un malade fatalement voué à une mort prochaine et la crainte de faire une opération inutile, sinon peut-être nuisible, M. Berger se décida à pratiquer la gastros-stomie, non sans avoir au préalable demandé l'avis de plusieurs de ses collègues et de ses maîtres.

Cette opération fut pratiquée, le 16 février dernier, avec l'assistance de MM. Périer et Terrier et avec toutes les précautions de la méthode antiseptique.

Le procédé opératoire employé par M. Berger fut le même qui avait déjà été mis en usage par MM. Léon Labbé et Verneuil dans les opérations de gastro-stomie qu'ils ont pratiquées le premier pour un corps étranger de l'estomac, le second pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Par une incision parallèle au bord de la troisième côte et de 5 à 6 centimètres de diamètre, M. Berger traversa les plans successifs qui constituent à ce niveau la paroi abdominale : peau, tissu cellulaire sous-cutané, gaîne du grand droit, aponévrose du petit oblique, muscle transverse, péritoine. A peine la cavité abdominale ouverte, il vit les viscères se rétracter profondément dans le ventre. Relevant alors le bord antérieur du foie, il saisit avec une pince à griffes la face antérieure de l'estomac, qu'il reconnut après un moment d'hésitation à l'épaisseur de la paroi stomacale. Après avoir solidement fixé l'estomac à la plaie extérieure à l'aide de dix points de suture de fils de soie phéniquée, il pratiqua à la paroi gastrique une incision de 1 centimètre et demi environ; elle ne donnna issue ni à des gaz ni à des matières. La muqueuse fut saisie et fixée par quatre points de suture aux lèvres de la plaie abdominale que l'on saupoudra avec 3 ou 4 grammes d'iodoforme. Une sonde introduite par cette ouverture servit à injecter dans l'estomac des liquides alimentaires, bouillon chargé de peptones, jus de viande, etc.

L'opération s'était achevée sans accidents, mais, à partir de ce moment, le pouls devint de plus en plus fréquent, et le malade de plus en plus faible, bien que le ventre restât souple et indolore; il finit par s'éteindre vers trois heures et demie du matin.

L'autopsie, pratiquée trente-six heures après la mort, montra qu'il n'y avait pas trace de péritonite. Des adhérences déjà très solides unissaient la paroi gastrique à la paroi abdominale. Au niveau du rétrécissement œsophagien, existait un épithélioma entouré d'une poche largement ulcérée communiquant avec la trachée. On voit que si l'on eût malheureusement injecté des liquides alimentaires avec la sonde œsophagienne, on eût fait pénétrer ces liquides dans la trachée et causée la mort subite du malade.

En somme, de quoi est-il mort, ce malade? Ce n'est pas certainement l'iodoforme dont on a saupoudré la plaie abdominale qui l'a tué; à la dose de 3 ou 4 grammes, cette substance est incapable de déterminer la mort. M. Berger voit dans ce fait une nouvelle application de la loi posée par M. Verneuil, relativement à l'extrême gravité des opérations pratiquées sur les cancéreux. Ces malades sont dans un état d'équilibre instable que détruit le choc opératoire; telle serait, à son avis, la vraie cause de la mort dans le cas dont il s'agit.

Au point de vue du manuel opératoire, M. Berger estime qu'il est préférable de pratiquer l'incision de la paroi abdominale au niveau de la huitième côte plutôt que de la neuvième. Dans les nombreuses recherches qu'il a faites, à ce sujet, sur le cadavre, il a reconnu qu'en faisant l'incision au niveau de la neuvième côte, on est exposé à tomber sur le colon transverse ou sur le grand épiploon. Mieux vaut se rapprocher du foie, que l'on reconnaît facilement et qu'il suffit de relever pour découvrir la face antérieure de l'estomac.

En résumé, M. Berger déclare que ce cas malheureux n'est pas de nature à le détourner de l'idée de pratiquer la gastro-stomie si une occasion semblable se représentait. On voit que le cathétérisme œsophagien, dans les cas de rétrécissement cancéreux, est plein de dangers, à cause de la possibilité de pénétrer dans la trachée à travers une ulcération de l'œsophage et d'y faire pénétrer les injections de liquides alimentaires; cependant, il n'est pas possible de laisser mourir de faim et de soif les malheureux malades arrivés au point de ne plus pouvoir rien avaler, ni solides ni liquides.

Ainsi, malgré l'extrême gravité de cette opération, qui a été suivie de mort 35 fois sur 40 cas, M. Berger n'hésiterait pas à la pratiquer encore, le cas échéant.

M. Marc Sée possède depuis longtemps déjà, dans son service, une dame qui porte une fistule stomacale qui lui a été pratiquée, au mois de novembre dernier, par le professeur Albert

(de Vienne). Cette malade avait un rétrécissement de l'œsophage qui ne présentait aucun des caractères des rétrécissements de nature cancéreuse ou syphilitique.

Des symptômes d'asphyxie s'étant manifestés chez elle, on dut lui faire la trachéotomie; puis, plus tard, la gêne de la déglutition devenant dn plus en plus grande et la nutrition ne pouvant plus se faire, la gastro-stomie lui fut pratiquée. La malade porte actuellement deux canules, une canule trachéale et une canule gastrique; elle a très bonne apparence; sa santé générale, son embonpoint et ses forces sont dans un état excellent.

Il résulte de documents que M. Marc Sée a entre les mains que le professeur Albert est le chirurgien de Vienne qui pratique le plus de gastro-stomies. Dans le courant de l'année 1881, sa clinique ne reçut pas moins de 21 cas de rétrécissements de l'œsophage; sur ce nombre, il pratiqua 12 fois l'opération de la fistule gastrique, ou bouche stomacale. Dans ces 21 cas de rétrécissements de l'œsophage, il y avait des rétrécissements cancéreux et des rétrécissements fibreux.

M. Albert a l'habitude de pratiquer l'opération en deux temps : dans le premier temps, il incise la paroi abdominale et le péritoine, puis, sans ouvrir l'estomac, il le fixe par des sutures à la paroi abdominale; il attend ensuite quelques jours et finit par faire l'incision de la paroi gastrique.

Chez la malade opérée en 1882, M. Albert a modifié son procédé de la manière suivante : il a commencé par faire l'incision de la paroi abdominale avec le bistouri, après avoir, au préalable, endormi la malade au moyen du chloroforme et d'une injection sous-cutanée de morphine. Après cette incision, la malade fut laissée dix jours dans un repos complet; trois cautérisations avec le thermo-cautère furent ensuite pratiquées à deux ou trois jours d'intervalle, après quoi on laissa la malade se reposer encore pendant une huitaine de jours; c'est au bout de ce temps que fut enfin pratiquée l'ouverture de l'estomac au moyen du thermo-cautère. Cette ouverture, très petite, fut dilatée avec la *Laminaria* d'abord, puis avec des tubes en caoutchouc. La malade n'a cessé de s'alimenter, depuis lors, par sa fistule stomacale. A aucun moment elle n'a eu de fièvre; elle a repris très rapidement ses forces et son embonpoint. Aujourd'hui, elle est dans un état des plus satisfaisants.

Cette observation est extrêmement curieuse en ce qu'elle démontre qu'il existe des cas dans lesquels le rétrécissement fibreux de l'œsophage pourra être traité par la gastro-stomie avec un résultat définitf, c'est-à-dire que les malades pourront vivre et se bien porter en s'alimentant simplement par la fistule gastrique.

Mais, dans les cas de rétrécissement cancéreux, faut-il également pratiquer la gastro-stomie? La plupart des chirurgiens qui ont pratiqué cette opération dans ces conditions déclarent avolr obtenu de bons résultats; le cancer, une fois qu'il n'est plus irrité par le passage des aliments ou par l'introduction de la sonde œsophagienne, ne progresse plus que très lentement, et les malades peuvent vivre pendant un temps plus ou moins long, six mois environ dans les cas les plus favorables, trois mois en moyenne.

Il faut donc distinguer deux catégories de faits relatifs à la gastro-stomie : dans les rétrécissements purement fibreux, cette opération a donné des résultats véritablement curatifs; dans les rétrécissements cancéreux, au contraire, l'opération a été simplement palliative.

La cause de la mort, dans le cas de M. Berger, paraît à M. Sée devoir être attribuée à ce que l'opération a été pratiquée trop tard; il convient de ne pas attendre trop longtemps et d'intervenir le plus tôt possible.

M. Verneuil ne pense pas qu'il soit possible d'expliquer la cause de la mort dans le cas de M. Berger; il ne faut pas se payer de mots et dire que le malade est mort de collapsus, d'épuisement nerveux, de choc opératoire, comme on le dit généralement dans des cas semblables, c'est, en réalité, ne rien expliquer du tout.

Quant à dire. comme vient de le faire M. Sée, que le malade est mort parce qu'il a été opéré trop tard, c'est également avancer une chose difficile à prouver. M. Verneuil a vu le malade de M. Berger l'avant-veille de l'opération; il n'avait pas de fièvre, avait toutes les apparences de la santé, malgré la grave maladie dont il était atteint; à le voir simplement, on ne l'eut pas cru malade, bien qu'il ne s'alimentât plus depuis cinq ou six jours. On ne peut donc pas dire qu'il fût trop tard pour l'opérer.

D'autre part, M. Verneuil a pratiqué cette opération sur un jeune homme dont l'état général était des plus graves et dont la mort paraissait imminente, la température générale étant tombée à 35°,5; et cependant l'opération, faite dans un état d'hypothermie aussi effroyable, a parfaitement réussi et le malade vit encore.

La question de l'opportunité opératoire n'est donc pas aussi facile à résoudre qu'on le croit communément. Il y a une grande différence entre la pratique des chirurgiens anglais et celle des chirurgiens français au point de vue de l'opération des cancers soit de l'œsophage, soit du rectum. Nous opérons tard, tandis que nos voisins opèrent de très bonne heure. Cependant,

on ne voit pas que la durée de la survie, chez les malades opérés de bonne heure, compense les graves dangers de l'opération. On doit s'estimer très heureux quand on a obtenu ainsi une survie de deux ou trois mois.

L'opération de la gastro-stomie, dans les cas de cancer de l'œsophage, est des plus chanceuses. On voit par l'exemple du malade de M. Berger, qu'une opération, minime en somme comme traumatisme chirurgical, irréprochable d'ailleurs comme exécution, n'en a pas moins été suivie d'une mort foudroyante. Si donc M. Verneuil est d'avis d'opérer les cas de rétrécissement fibreux de l'œsophage, quand l'indication opératoire existe, il pense, au contraire, qu'il faut se garder de toute intervention dans les rétrécissements cancéreux.

— M. le docteur Schwartz, chirurgien des hôpitaux, lit un travail intitulé : *Goître hypertrophique bilatéral, thyroïdectomie, guérison.* (Comm. : MM. Richelot, Nicaise, Tillaux.)

— Dans le courant de la séance, un scrutin a eu lieu pour l'élection d'une commission chargée de l'examen des titres des candidats à une place vacante de membre titulaire : ont été élus, MM. Richelot, Delens et Monod. — A. T.

CHRONIQUE

Eclairage des salles d'hôpitaux par la lumière électrique. — La *Neue freie Presse* appelait récemment l'attention sur l'application expérimentale de la lumière électrique à l'éclairage de l'hôpital général de Vienne. Deux grandes salles, contenant chacune respectivement 26 et 18 lits, une pièce destinée aux opérations, et l'amphithéâtre pour les cours de l'établissement ont été éclairés par la nouvelle méthode. Le système de Swan fut adopté; la salle d'opérations est éclairée par quatre lampes fixes, et les salles de malades par une lampe fixe; pour les cas où il faut être éclairé de près, on emploie une lampe portative. Le journal en question fait remarquer que le système accumulateur en usage remédie à l'inconvénient d'avoir une machine en activité pendant la nuit, mais que cette machine est trop coûteuse pour que son emploi puisse se généraliser.

Laboratoire d'hygiène publique. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient de demander à la Chambre des députés un crédit de 30,000 francs pour organiser le laboratoire d'hygiène publique de France. Les motifs suivants sont invoqués à l'appui de cette demande :

Le Comité d'hygiène publique a exprimé à plusieurs reprises le vœu qu'un laboratoire fût mis à sa disposition, à l'effet de faire exécuter les expériences et analyses que comportent certaines affaires qui lui sont soumises. En effet, les sciences physiques ont prêté de nos jours leurs méthodes exactes à l'hygiène, et un grand nombre de questions ne peuvent recevoir une solution satisfaisante qu'à la condition d'être soumises à une étude expérimentale. Il en est ainsi de la plupart des affaires qui concernent les matières alimentaires, les boissons, les substances toxiques, les professions insalubres, la désinfection, les eaux en général, les eaux minérales en particulier. Des affaires de ce genre sont fréquemment soumises au comité, et les membres qui sont chargés de les traiter, s'ils n'ont pas eux-mêmes un laboratoire à leur disposition, se voient obligés de faire appel à la bonne volonté de personnes étrangères pour exécuter les recherches expérimentales que comportent ces affaires. De là des retards, des incertitudes possibles, et, en tout cas, un déplacement de responsabilité qui n'est pas sans inconvénient.

Le comité a entrepris, depuis quelques années, la révision des analyses des eaux minérales de France. Ces analyses se font aujourd'hui au laboratoire de la Faculté de médecine, laboratoire qui n'offre pas une installation convenable pour ce genre de recherches. Ce service, complété dans son organisation, se confondrait naturellement avec celui dont la création est demandée.

On ne saurait contester ni l'utilité, ni l'urgence de cette création : on se borne à rappeler que des laboratoires de ce genre sont rattachés au service de santé en Allemagne et en Angleterre. Celui du comité d'hygiène serait établi, au moins au début, dans des proportions modestes. On se proposerait de l'installer dans une maison de la rue de Seine, appartenant à la Ville de Paris, et que celle-ci louerait à bail, moyennant un loyer annuel de 2,500 francs. Les réparations nécessaires et appropriations diverses entraîneraient une dépense qui est évaluée à la somme de 18,000 francs, mobilier compris. L'acquisition d'instruments, ustensiles, réactifs, produits chimiques divers, exigerait une mise de fonds de 12,000 francs. Au total, une somme de 30,000 francs, qui ferait l'objet d'un crédit extraordinaire, suffirait pour l'installation du laboratoire.

En outre, et pour assurer son fonctionnement et son entretien, on demande l'addition au

chapitre des établissements et services sanitaires, d'un crédit annuel de 15,000 francs. Ce crédit comprendra les frais de personnel et de matériel.

Société française d'ophthalmologie. — La première session de cette Société a eu lieu les 29, 30 et 31 janvier et 1er février. Nous résumons ses travaux d'après les procès-verbaux publiés par la *France médicale.*

Le 29 janvier, la Société s'est constituée. Un grand nombre d'ophthalmologistes français, belges, suisses et espagnols se sont réunis dans la salle des séances de la Société de chirurgie. M. Chibret (de Clermont-Ferrand), promoteur de la Société, a été nommé par acclamation président provisoire, et M. Armaignac (de Bordeaux) secrétaire.

Après une longue discussion, la Société a adopté, pour sa constitution, les statuts qui régissent la Société ophthalmologique d'Heidelberg. D'après ces statuts, la Société tiendra régulièrement à Paris des assises annuelles, à moins de décision contraire, prise en séance pleinière par la majorité des membres présents. Chaque session comprendra deux ordres de séances : des séances scientifiques, qui seront publiques, et des séances d'affaires où la Société s'occupera de ses intérêts. Un comité dirigeant, composé de huit membres, est chargé de la surveillance de ces intérêts et de la rédaction des comptes rendus. Les membres du comité élus dans cette première réunion sont : MM. Panas, Chibret, Armaignac, Meyer, Abadie, Coppez.

Les sujets traités dans cette session sont les suivants : Sur une forme rare de kyste de l'iris, par M. Gayet (de Lyon). — Un ophthalmodynamomètre, par M. Landolt. — Un ophthalmomètre, par M. Javal. — De l'extraction de la cataracte dans les cas de catarrhe du sac lacrymal, par M. Terson (de Toulouse). — Du spray phéniqué dans l'opération de la cataracte, par M. Ch. Abadie. — Des accidents de l'opération de la cataracte avec ou sans iridectomie, par M. Galezowski. — De l'emploi des louchettes après la strabotomie, par M. Mottais (d'Angers). — Kyste hydatique de la cavité orbitaire, par M. de la Pena (de Madrid). — Sur l'épithélium sécréteur de l'humeur aqueuse et de l'humeur vitrée, par M. Boucheron. — Nouveau traitement chirurgical du glaucome, par M. Chibret. — Tumeur lacrymale congénitale, par M. Dehenne. — Etat d'un moignon d'œil amputé depuis longtemps, par M. Poncet. — Traitement du décollement de la rétine, par M. Dransart. — Présentation d'un ophthalmoscope à deux observateurs, par M. Coursserant.

Les mangeurs de sable. — Certains physiologistes attribuent une grande importance à la terre et au sable absorbés par les animaux herbivores quand ils prennent leur nourriture. Ils pensent que ces substances agissent mécaniquement sur la digestion en rendant la masse alimentaire contenue dans l'estomac plus poreuse et par suite plus perméable aux réactifs de l'estomac. On sait que les poules et la plupart des oiseaux ne peuvent pas digérer s'ils n'absorbent des grains de sable en même temps que le grain qu'ils mangent. Quelques médecins ont pensé que le sable agirait également sur la digestion de l'homme et plusieurs tentatives ont eu lieu dans ce sens. Il a quelques années, un médecin allemand a proposé de traiter les dyspepsies par le mélange, aux aliments, de *verre pilé.* Non pas de morceaux de verre comme quelques personnes pourraient le croire, mais bien de verre pulvérisé, réduit à l'état de farine et équivalant alors à une poussière silicieuse, à un sable très fin. Il obtint par ce traitement des résultats très remarquables.

Un médecin américain propose dans le même but le sable fin; et voici ce qu'on lisait ces jours-ci dans *The medical Press* :

« L'honorable Pope Barrow a appelé notre attention sur un remède simple et nouveau pour la dyspepsie. Il nous a dit : Vous connaissez certainement Webb Barber, d'Atheus, car qui ne le connaît au moins de réputation? Il n'est pas permis de ne pas connaître Webb Barber. Hé bien ! il s'est guéri de la dyspepsie en mangeant du sable, du sable commun de rivière. Les poulets mangent du sable pour faire leur digestion, et Webb Barber s'est demandé pourquoi les hommes n'en feraient pas autant, avec le même résultat. Il mange sa dose de sable chaque jour, et il est parfaitement guéri; le juge Anderson, commissaire à l'agriculture, a également l'habitude de déjeuner avec du sable et son estomac s'en trouve bien.

« Le traitement des maladies d'estomac par le sable va peut-être se généraliser, et, dans quelques années, les médecins enverront leurs malades sur telle ou telle grève, ou dans telle carrière renommée, pour y faire une cure de sable. »

Emploi de la musique militaire en thérapeutique. — Les musiques militaires vont jouer, comme les années précédentes, dans les parcs et dans les divers jardins publics de Paris.

Cette année, par ordre du général commandant la Place de Paris, la musique d'un des régiments se rendra, un jour de la semaine, de trois à quatre heures, dans les trois hôpitaux militaires de Paris : au Gros-Caillou, au Val-de-Grâce et à Saint-Martin, pour y jouer devant les malades.

C'est à la demande du chirurgien-major, médecin en chef des hôpitaux militaires, que ces auditions ont été décidées; on espère que le plaisir éprouvé par les militaires malades aura une influence heureuse sur leur guérison, et hâtera leur convalescence.

A ce propos, on sait qu'il n'existe pour les militaires aucun asile de convalescence, comme il en a été créé pour les civils. Les malades guéris sont donc obligés de rester à l'hôpital où ils ont été soignés, pendant leur convalescence. Une demande va être adressée à la Ville de Paris, afin que les soldats de cette catégorie puissent être envoyés à l'asile de Vincennes.

Le ministère de la guerre payerait une subvention à la Ville, et une musique militaire serait désignée pour aller jouer trois fois par semaine à l'asile, pendant la belle saison.

On croit que l'administration de la Ville acceptera ces conditions.

COURRIER

Nécrologie. — Notre excellent imprimeur, M. Malteste, vient de succomber à l'âge de 85 ans. L'Union médicale, qu'il avait vue naître, fait en lui une perte cruelle. Depuis la fondation du journal, nous avions appris à le connaître, et nous avions pour lui la plus sincère affection. Le plus ancien ouvrier de la maison Malteste, M. Papin, a dit, en parlant sur sa tombe, ce que nous pensions tous, quand il a rendu hommage « à cet homme de bien, qui fut non seulement un patron juste et bon, mais encore un véritable ami, un père pour ceux qui travaillaient autour de lui, venant en aide de ses conseils et de sa bourse à ceux que le malheur éprouvait. Sa bonté était inépuisable, et, dans sa longue carrière, il eut souvent occasion de la montrer. Chose rare, il fit peu d'ingrats, et tous l'aimaient et le vénéraient... »

Nous n'avons pas voulu laisser partir, sans un mot d'adieu, le vieil ami de l'Union médicale.

Faculté de médecine de Paris. — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le mardi 20 mars 1883, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux pratiques. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à une heure et demie de l'après-midi.

Ces démonstrations sont obligatoires pour les élèves de deuxième année et pour ceux de troisième année (ancien et nouveau régime.) Nul élève de l'une ou de l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet prochain s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par le chef des travaux pratiques. — Elles sont facultatives pour les étudiants pourvus de seize inscriptions. Les docteurs français et étrangers pourront également être autorisés à y prendre part.

— Les exercices pratiques et les démonstrations d'histologie commenceront le lundi 19 mars 1883, sous la direction de M. le docteur Cadiat, chef des travaux. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, tous les jours, à trois heures de l'après-midi.

Elles sont obligatoires pour les élèves de deuxième et de troisième année (ancien et nouveau régime). Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par le chef des travaux. — Elle sont facultatives pour les étudiants munis de seize inscriptions. Les docteurs français et étrangers pourront être autorisés aussi à y prendre part.

Les élèves seront exercés au maniement du microscope; ils feront eux-mêmes les préparations de tous les éléments anatomiques.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très précises). — Séance du vendredi 23 mars 1883.

Ordre du jour. — M. Zuber : Rapport sur un mémoire de M. Rousselle sur la transfusion du sang. — M. Tenneson : Sur un cas d'expulsion de trois botriocéphales chez le même malade. — M. Hallopeau : Sur un nouvel antipyrétique, la Kairine. — Continuation de la discussion sur la méthode réfrigérante dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris, aura lieu le 31 mars, à 7 heures un quart, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence du professeur Hardy.

Le prix de la cotisation, 20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice, pourra être donné dans les hôpitaux à l'interne en médecine économe de la salle de garde ou bien remis à l'un des commissaires du banquet, MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Émile).

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Membres du Comité : **BROUARDEL**, professeur à la Faculté, méd. de l'hôp. de la Pitié. — **SIREDEY**, méd. de l'hôpital Lariboisière. — **LUYS**, médecin de la Salpêtrière. — **GRANCHER**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôpital Necker. — **H. HALLOPEAU**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôp. St-Antoine. — **H. HUCHARD**, méd. de l'hôp. Tenon. — **G. HUMBERT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — **H. PETIT**, sous-biblioth. à la Faculté. — **Ch. ELOY**, ancien interne des hôpitaux.

BULLETIN

Académie de médecine, 20 mars. — M. Peter, un peu malmené par M. Bouley, tenait fort à répliquer; nous pensions même que certaines provocations de sa part ont eu précisément pour but d'amener M. Bouley à la tribune, afin d'être mis en demeure de répondre et de dire aux physiologistes ce qu'il avait sur le cœur.

Il y avait deux partis à prendre : Au nom de la clinique, opposer de sages réserves à la théorie microbienne, dans ses applications à la fièvre typhoïde, et montrer le péril des analogies forcées, des généralisations hâtives; ou bien étendre le débat et faire une charge à fond contre le physiologisme. C'est le dernier parti qu'a choisi M. Peter; il en résulte que son discours a profondément accentué l'antagonisme entre la médecine traditionnelle et la méthode expérimentale, au lieu de montrer comment pourrait se faire la conciliation. Il en résulte aussi que l'orateur s'est laissé entraîner à dire plus de mal de la méthode de Brand qu'il ne l'avait fait dans son premier discours, tout en décernant au microbe des louanges qui peut-être ne sont pas dans sa pensée, mais que la prudence, ou tout au moins la politesse, rendait nécessaires. Car l'éminent clinicien ne veut pas être un réactionnaire, pas plus que M. Bouley ne veut être un imprudent.

M. Peter reproche à Magendie, et même à Claude Bernard, très supérieur à son maître, d'avoir ramené tous les actes de la vie à des phénomènes physico-chimiques; et il trouve que cette idée n'est pas nouvelle, car elle date de Paracelse. Nous traversons, dit-il, une crise des plus dangereuses, assaillis que nous sommes par une foule de savants plus ou moins teintés de médecine, dont l'esprit n'a rien de médical, qui choisissent le terrain de leurs expériences, et ne peuvent s'accommoder des lenteurs et des difficultés de l'observation clinique. Cette poule, qui devient apte à contracter une maladie virulente quand vous la refroidissez, c'est une poule que vous rendez malade, et en qui vous développez la prédisposition morbide; cette grenouille, qui a besoin d'être chauffée pour devenir propre à la culture de la bactéridie charbonneuse, c'est une grenouille que vous avez soustraite à son milieu naturel, à ses conditions physiologiques, et voilà pourquoi elle subit l'atteinte de vos virus. Ainsi raisonne le clinicien, tandis que vous comparez la maladie à une fermentation, et la coagulation des muscles d'un moineau à la dégénérescence de Zenker.

L'orateur a voulu dire son mot sur les tant pour cent de mortalité. Qu'importe, avait dit M. Bouley, la médecine « du bon sens », si la médecine qui n'a pas le sens commun guérit mieux, plus vite et plus souvent les malades? Mais les chiffres sont loin d'établir aussi nettement les succès de la méthode réfrigérante; et M. Peter a l'heureuse inspiration d'emprunter ses documents à un travail du docteur Ricklin, notre confrère de la *Gazette médicale*, qui, entre autres précautions, a soin de faire le départ entre les fièvres typhoïdes des enfants et celles des adultes, ce qui rend beaucoup moins brillante la statistique de Brand lui-même. A ceux qui veulent que la méthode soit appliquée dès le début et suivant sa formule rigoureuse, l'orateur cite une conversation de Chomel avec Bouillaud. Lui aussi, l'inventeur des saignées répétées reprochait à son collègue de ne les avoir pas employées dès le début du mal, et d'avoir altéré le *modus faciendi*.

M. Peter demande où nous a menés jusqu'ici la notion des microbes spécifiques, puisque à chacun de ces microbes nous ne pouvons opposer un parasiticide égale-

ment spécifique. Devant cette grosse difficulté, on s'est mis à la recherche d'un agent capable de les tuer tous. Raspail, qui a devancé tous les champions actuels de la doctrine, avait trouvé le camphre; on parle aujourd'hui de l'hydrogène sulfuré, qui aurait un égal succès contre les moisissures et contre la clavelée. Trop heureux vidangeurs, s'écrie l'orateur, *sua si bona nôrint!* Semblable à la lance d'Achille, l'hydrogène sulfuré qui les tue, va bientôt les guérir.

Mardi prochain, M. Peter continuera l'examen commencé de la doctrine pastorienne. Il n'a pas voulu finir aujourd'hui sans protester contre l'accusation d'avoir manqué de patriotisme en attaquant nos gloires nationales, Cl. Bernard et Pasteur. Nul plus que lui ne reconnaît les services rendus par ces hommes éminents; mais quand, au milieu de pareilles œuvres, surgit une inerprétation fautive, une induction téméraire, n'a-t-on pas le droit de les signaler? — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

DES RAPPORTS DE L'INFLAMMATION AVEC LE TUBERCULE;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 janvier 1883,

Par M. Kiener, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Messieurs,

La question des rapports du tubercule avec l'inflammation est débattue depuis que l'on connaît le tubercule, et elle a reçu différentes solutions, ce qui permet déjà de prévoir qu'elle est d'un grand intérêt pour le clinicien et pour l'anatomo-pathologiste, et qu'elle est difficile à résoudre. On crut d'abord, après les travaux de Virchow, que les produits caséeux devaient être rapportés à l'inflammation, et que le nodule gris était seul spécifique. Les cliniciens expliquèrent les rapports du nodule spécifique avec les produits caséeux, les uns, comme Bühl et Niemeyer, en admettant que l'inflammation caséeuse était le processus initial, et que la granulie était un phénomène secondaire et éventuel; les autres, comme MM. Hérard et Cornil, en admettant que le nodule gris, lésion initiale, provoquait, à la manière d'un corps étranger, des inflammations de voisinage, de caractère caséeux.

Cette dichotomie n'est plus admissible; nous savons que le produit caséeux est inoculable aussi bien que la granulation grise, et par conséquent renferme, lui aussi, la semence spécifique; et pour rendre compte de cette égale nocuité, nous avons l'interprétation de M. Grancher qui attribue à la masse caséeuse une structure analogue à celle du nodule gris, avec des proportions plus vastes et une marche plus rapide.

L'étude que nous venons de faire avec M. Poulet de l'*ostéite tuberculeuse* ou *carie des os*, et qui sera publiée prochainement dans les Archives de physiologie, nous a placés sur un terrain qui est peut-être plus favorable que le poumon à l'étude des rapports réciproques du tubercule et de l'inflammation; et sans prétendre à la solution générale d'une question assurément complexe, nous croyons cependant que les faits étudiés par nous y peuvent apporter quelque contribution. L'objet de la communication que j'ai l'honneur de faire à la Société, est d'examiner ces rapports au double point de vue anatomique et étiologique.

I. — Nous avons trouvé le tubercule dans les os sous trois aspects que je décrirai succinctement.

Dans un premier groupe de faits, il s'agit d'un tubercule primitif, ordinairement solitaire, accomplissant son évolution toute locale dans un organisme d'ailleurs sain et vigoureux. Une résection précoce ou une mort accidentelle nous ont fréquemment mis en présence d'un pareil tubercule; il a le volume d'un pois à celui d'une noix, et apparaît sur la section de l'os comme une tache blanche et dure, bien circonscrite, mais se continuant sans interruption avec le tissu spongieux du voisinage qui est parfaitement sain; il doit sa blancheur à l'anémie relative de sa moelle, et sa dureté à l'épaississement de son réseau trabiculaire.

Une préparation histologique y montre des altérations très variables d'intensité d'un point à un autre ; ici, une moelle encore adipeuse et vasculaire, ailleurs une moelle fibreuse ou embryonnaire renfermant des follicules tuberculeux, c'est-à-dire des foyers bien délimités, correspondant à des renflements vasculaires remplis de cellules épithélioïdes et géantes; dans certaines cavités médullaires, on ne rencontre qu'un ou deux de ces follicules; dans d'autres, ils sont confluents, et l'ischémie est complète. Autour de chacun de ces follicules, se fait une migration de leucocytes, d'autant plus active que les follicules sont plus nombreux dans un espace restreint.

L'irritation propagée aux trabécules osseuses qui limitent la cavité médullaire, se traduit par un double travail d'apposition et de résorption, l'apposition résultant en général d'une irritation plus faible, la résorption d'une irritation plus forte. Suivant les cas, c'est l'un ou l'autre de ces phénomènes qui tend à prédominer.

Il peut arriver que le dernier terme du processus soit la disparition complète du réseau trabéculaire, et la formation d'une masse caséeuse, sèche, qui s'inspisse et peut se résorber lentement, laissant comme unique vestige de son existence une perte de substance dans l'os. Ce mode de terminaison paraît être relativement fréquent chez l'enfant; on peut voir dans la thèse de Gonzalès Echeverria des exemples de tubercules osseux chez de jeunes sujets, ayant amené la destruction de plusieurs vertèbres et des gibbosités considérables, avec formation d'un cal définitif, sans qu'il y ait eu d'abcès par congestion.

Un mode de terminaison, plus ordinaire chez l'adulte, et assurément plus fâcheux, est la nécrose du territoire tuberculeux; elle survient lorsque la caséification de la moelle est devenue complète dans un moment où le réseau trabéculaire était encore en grande partie conservé et même condensé ! Alors apparaît au pourtour de la tache blanche un étroit sillon rosé, indice de la démarcation qui va s'accomplir entre l'îlot caséeux et les parties environnantes. Cet îlot, touché avec la pointe du scalpel, présente une certaine mobilité. Le sillon est occupé par une moelle embryonnaire et hypérémiée, au sein de laquelle on peut constater la brusque interruption des trabécules osseuses qui sont comme sectionnées par une ostéite raréfiante intense et localisée. Les phénomènes de réaction sont si restreints que dans la deuxième rangée des cavités médullaires au delà du sillon, on retrouve déjà la moelle adipeuse et le réseau trabéculaire normal. Un peu plus tard, la suppuration s'établit au pourtour immédiat du séquestre et celui-ci se trouve isolé dans une cavité dont les parois se recouvrent d'une membrane fongueuse, suppurante; les produits de la suppuration se font jour au dehors par des trajets fistuleux, dont les parois s'organisent également en membrane fongueuse, et deviennent le siège de tubercules secondaires dont je ne puis ici suivre l'évolution.

Il me suffira de faire remarquer que si le séquestre est promptement éliminé au dehors, la terminaison pourra encore être favorable; l'infection tuberculeuse secondaire s'éteindra sur place comme la primitive, et une bonne cicatrice comblera les pertes de substance. Mais trop souvent le séquestre profondément situé reste enchâtonné, entretient la suppuration et la tuberculisation des parois du foyer à l'état chronique, et finit par compromettre la vie du malade, si l'intervention chirurgicale ne vient pas en aide à la nature.

Je soumets à la Société plusieurs séquestres ainsi produits, montrant l'aspect blanc opaque d'os de nouvelle formation, et une structure grossière à cloisons tantôt épaisses, tantôt grêles, à cavités médullaires, ici agrandies, là rétrécies, comme une habitation ayant subi des modifications intérieures successives, suivant les besoins de la colonie qu'elle logeait.

L'impression qui reste de l'examen d'un tel processus, c'est que le développement des foyers tuberculeux dans un tissu sain et chez un organisme vigoureux ne détermine qu'une irritation faible, sclérosique, dont le rayon d'activité ne dépasse pas 1/2 millimètre.

Si au lieu d'avoir en vue un de ces cas de tuberculose locale que nous venons de décrire, nous faisons l'examen d'un épiphyse atteinte d'une carie ancienne, ayant

amené la mort ou nécessité l'amputation, nous serons en présence de lésions tout différentes d'aspect. On peut, dans une pareille épiphyse, reconnaître parfois encore le foyer primitif à l'état de séquestre enchâtonné; mais, au voisinage de ce foyer et dans toute l'étendue de l'épiphyse, sont disséminés des foyers multiples, répondant aux descriptions anciennes de la carie, et dont l'examen histologique peut seul déterminer la nature tuberculeuse. Ce sont des cavités anfractueuses, à bords festonnés, de dimensions variables, bordées par une large zone hypérémique; elles sont remplies par une masse gélatiniforme, au sein de laquelle on peut rencontrer un ou plusieurs petits séquestres adhérents à la paroi par un pédicule grêle, ou complètement isolés par du pus; quelquefois aussi, dans cette masse demi-transparente, apparaissent, à l'œil nu et même à la loupe, des points opaques correspondant à des nodules tuberculeux.

L'examen histologique montre dans la masse gélatiniforme et dans la zone hypérémiée qui l'entoure, une moelle embryonnaire, riche en vaisseaux, chargée de leucocytes, et se disposant en surface bourgeonnante autour des petits séquestres. Outre les cellules rondes, on y trouve aussi des cellules plus volumineuses et à noyaux multiples, mais les formations folliculaires sont rares; on les rencontre au niveau des points opaques, mentionnés plus haut, et au pourtour immédiat des séquestres non encore isolés par le pus. Les follicules ne sont pas nettement délimités; grossis par les cellules épithélioïdes du voisinage qui se massent à leur périphérie, ils deviennent confluents et forment une couche continue qui se désagrège bientôt, donnant lieu à un ulcère serpigineux.

L'inflammation, comme on voit, joue un grand rôle dans le processus; on y reconnaît encore l'évolution tuberculeuse, mais les follicules sont diffus et de vitalité courte; leur apparition précède de peu la destruction de la moelle et l'isolement du séquestre; la plus grande partie du produit morbide consiste en fongosités exubérantes, développées sur les confins des ulcères tuberculeux.

Si le tubercule chronique et solitaire est, dans l'os, la lésion analogue de ces indurations fibreuses à nodules crétacés ou de ces cavernes circonscrites que nous rencontrons fréquemment au sommet du poumon chez des sujets ayant succombé à des affections diverses, les lésions que nous venons de décrire en deuxième lieu sont de leur côté comparables aux pneumonies lobulaires caséeuses qui terminent habituellement la phthisie pulmonaire chronique. Pour les désigner, la terminologie ancienne eût parlé moins de tubercule que d'inflammation chronique, de carie ou d'ostéite caséeuse.

Il est une autre forme de tuberculose pulmonaire, forme lobaire à marche rapide et destructive, essentiellement inflammatoire, que l'on a dénommée pneumonie caséeuse aiguë ou phthisie galopante. Nous avons également rencontré l'analogue de ce troisième type dans le squelette. Chez un sujet qui présentait de grosses masses tuberculeuses, fermes ou ramollies, dans les muscles et le périoste de l'épaule, la tête humérale, ainsi que l'omoplate, présentaient une lésion qui, sans le secours du microscope, eût été certainement décrite comme une ostéite suppurée. La section médiane de l'épiphyse montrait sur un fond rouge, framboisé ou lie de vin, une large tache blanc jaunâtre et quelques autres plus petites, intéressant plus des deux tiers de la surface de la coupe. Dans ce territoire décoloré, le réseau trabéculaire était par places résistant, ailleurs s'écrasait aisément sous la pression du doigt, en laissant sourdre un liquide crêmeux, analogue à du pus. L'examen histologique y montrait une moelle embryonnaire, à trame fibroïde, riche en cellules rondes, renfermant encore sur bien des points des cellules adipeuses. Dans cette moelle sont disséminées des cellules géantes, isolées ou réunies en petits groupes; les follicules sont rares, à peine ébauchés, enfouis dans un champ de leucocytes. Ces petits foyers se ramollissent par une fonte purulente et se transforment en une sorte d'abcès à éléments cohérents, agglutinés entre eux, constituant plutôt une masse caséeuse molle que du pus légitime; les abcès confluent et s'agrandissent par une extension centrifuge, au point de s'étendre à plusieurs cavités médullaires. Il en résulte la formation de séquestres petits et multiples dont quelques-uns sont

encore adhérents, tandis que les autres sont déjà entourés d'un tissu de fongosités bourgeonnant dans leurs mailles et baignant dans le pus.

On aurait quelque peine à reconnaître une seule et même affection dans un tel processus et dans celui que nous avons étudié d'abord sous le nom de tubercule primitif et chronique, si l'examen de notre deuxième forme n'avait facilité ce rapprochement, en nous faisant connaître des lésions intermédiaires à l'un et à l'autre.

Ces faits, Messieurs, vont nous permettre de préciser les rapports anatomiques du tubercule avec les produits de l'inflammation, dans le tissu osseux.

Ces rapports me paraissent très nettement dessinés dans le tubercule primitif et chronique. Nous y voyons, d'une part, des follicules tuberculeux bien circonscrits, et d'autre part, dans le voisinage de ceux-ci, de la diapédèse, une transformation fibreuse de la moelle, une ostéite à double caractère raréfiant et condensant, c'est-à-dire un ensemble de lésions d'ordre commun, inflammatoires par conséquent. Ce produit a une marche lente et meurt, si l'on peut s'exprimer ainsi, de sa mort naturelle, d'ischémie, lorsque tous ses vaisseaux ont été successivement oblitérés par la formation folliculaire.

Dans une deuxième forme, dans ce tubercule tardif qui se développe dans un os raréfié et graisseux, nous trouvons encore la figure caractéristique, le follicule. Mais ce follicule n'est plus limité par la paroi conjonctive du vaisseau ; il s'agrandit rapidement par une transformation épithélioïde des éléments du voisinage, conflue avec les voisins; et cette couche presque continue d'éléments épithélioïdes se désagrège, donnant lieu à un ulcère, au pourtour duquel se produisent des fongosités exubérantes, c'est-à-dire une néoplasie inflammatoire; mais ce produit de l'inflammation montre déjà la tendance des cellules embryonnaires à se tuméfier, à se conglomérer en cellules à noyaux multiples et à protoplasma abondant.

Enfin, le troisième type de la tuberculose osseuse nous a montré une lésion complexe, où la démarcation entre les foyers tuberculeux et les produits de l'inflammation est presque impossible. L'ostéite intense et diffuse, étendue à toute l'épiphyse, présente encore les caractères généraux de l'ostéite tuberculeuse, le réseau trabéculaire modifié par un double travail de raréfaction et de condensation, des séquestres petits et multiples, s'isolant par la suppuration et s'entourant de fongosités. Quant aux lésions tuberculeuses proprement dites, elles sont partout présentes, mais restent à l'état d'ébauche : çà et là des groupes de cellules géantes, des capillaires vitreux, rappellent les figures caractéristiques. Quant aux follicules, à peine formés, ils sont détruits par le ramollissement puriforme du tissu chargé de leucocytes qui les environne.

Il serait, Messieurs, d'un haut intétêt de pouvoir montrer la répartition de la bactérie spécifique dans ces diverses lésions tuberculeuses ; mais les méthodes de coloration, appliquées aux coupes histologiques du tissu osseux, ne sont pas encore assez sûres pour permettre une pareille démonstration. Il est une donnée cependant, acceptée par Koch, par Ehrlich, par Rindfleisch, c'est que les cellules géantes et les amas épithéliaux des follicules sont des foyers d'élection pour trouver la bactérie et pour l'y trouver en grand nombre. S'appuyant sur ce fait, on pourrait peut-être, en devançant un peu les acquisitions certaines de la science, traduire en langage moderne les faits d'histologie vulgaire que je viens d'exposer.

Lorsque le tubercule se développe primitivement dans un tissu sain, l'agent spécifique amené dans le réseau vasculaire d'un territoire circonscrit se cantonne dans des foyers indépendants les uns des autres, où sa pullulation provoque la tuméfaction de l'épithélium vasculaire. Il se forme ainsi un follicule, une sorte de kyste, bien délimité du tissu environnant.

Lorsqu'au contraire la semence tuberculeuse arrive dans un terrain préparé par l'inflammation, ramolli et succulent, la bactérie traverse aisément les parois des capillaires, se répand comme un levain dans toute la masse de la néoplasie inflammatoire, faisant naître de toutes parts des cellules géantes et des follicules de vie éphémère, qui se ramollissent et s'ulcèrent.

Quoi qu'il en soit de cette physiologie pathologique, nous sommes en droit d'affirmer que dans les tubercules à évolution rapide, dans les grandes masses caséeuses, c'est l'inflammation qui prédomine, et que cette inflammation donne la mesure et la raison de la gravité de toute une série d'affections tuberculeuses.

(La fin à un prochain numéro.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. le Secrétaire perpétuel présente, de la part de M. Bonnafont, membre correspondant, un ouvrage intitulé : *Douze ans en Algérie.* C'est l'exposé historique très intéressant des faits militaires pendant la période d'occupation de 1830 à 1842.

M. Baillarger présente, au nom de M. le docteur Benjamin Ball, un volume intitulé : *Leçons sur les maladies mentales.*

M. de Villiers dépose la rédaction nouvelle de l'instruction de l'Académie, intitulée : *Conseils élémentaires aux mères et aux nourrices.*

M. Gueneau de Mussy (Noël) présente, au nom de M. Nivet, membre correspondant à Clermont-Ferrand, une brochure sur les égouts et les fosses d'aisances de la ville de Clermont et sur l'engrais humain.

M. Dechambre offre en hommage, en son nom et au nom de MM. Mathias Duval et Lereboullet, la deuxième livraison du *Dictionnaire usuel des sciences médicales.*

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage, la troisième édition des deux premiers volumes de ses *Leçons de clinique thérapeutique ;* — la deuxième et la troisième livraison de son *Dictionnaire de thérapeutique.*

M. Jules Rochard présente, de la part de M. le docteur Aubert, médecin-major de 2e classe, un travail manuscrit intitulé : *Considérations sur les revaccinations pratiquées en* 1881 *et* 1882 *au* 28e *de ligne avec du vaccin d'enfant et avec du vaccin d'adulte, et sur la nécessité des revaccinations multiples.*

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Armieux, une brochure intitulée : *Les ambulances pendant la guerre de* 1870 *à* 1871.

M. Maurice Perrin présente, au nom de M. le docteur Chauvel, un volume intitulé : *Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil.*

M. Bucquoy présente, au nom de M. le docteur Le Garrec, un travail manuscrit intitulé : *Étude sur une épidémie de variole à Plouay* (Morbihan).

—

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la nouvelle de la mort de M. Lasègue, l'un de ses membres titulaires.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la 4e division.

La commission propose : en première ligne, M. Husson (de Toul) ; — en deuxième ligne, *ex æquo:* MM. Audouard (de Vannes) et Cazeneuve (de Lille).

Le nombre des votants étant de 55, majorité absolue 28, M. Husson obtient 40 suffrages, M. Audouard 6, M. Cazeneuve 6, bulletins blancs 3.

En conséquence, M. Husson ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national dans la 4e division.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde ; la parole est à M. Peter.

M. Peter estime que la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde a singulièrement dévié de son point de départ ; il ne s'agit plus, en effet, aujourd'hui, du traitement de cette maladie, mais d'une grande doctrine et d'un grand homme introduits dans le débat par M. Bouley.

M. Peter espère qu'on lui accordera au moins comme qualité, d'une part, d'avoir le courage de son opinion et, d'autre part, de connaître la propriété des termes dont il se sert.

Or, il déclare formellement que lorsqu'il a parlé de la chimiatrie et des chimiatres il n'a eu en vue ni M. Pasteur ni ses doctrines.

Et comment aurait-on cette pensée ? M. Pasteur n'est-il pas, en effet, celui qui a, le premier, fait sortir la fermentation du domaine de la chimie pour la faire entrer dans celui de la physiologie ? Ceux que M. Peter a voulu désigner sous le nom de chimiatres, c'est M. Brand et son école.

Pour lui, le chimiatre est celui qui réduit les phénomènes de la vie à des phénomènes purement physico-chimiques.

En France, le plus illustre représentant de la chimiatrie a été Magendie, le maître de Claude Bernard, beaucoup moins grand, d'ailleurs, que son élève. Le chimiatre est un homme pour lequel la vie semble avoir quelque chose de désobligeant ; il croit faire un acte honorable et une œuvre utile en cherchant à démontrer que la vie n'existe pas et qu'il n'y a au fond de tout ce que l'on a désigné sous ce nom que des phénomènes physico-chimiques. Magendie était de ces hommes, et son élève de prédilection, Claude Bernard, qui lui fut bien supérieur, n'a eu qu'un tort, celui de ne pas avoir su se dégager plus complètement de l'influence de son maître et de ne pas répudier assez les tendances de ce dernier vers la chimiatrie.

Cette doctrine, d'ailleurs, n'est pas nouvelle ; dès le XVI[e] siècle, elle comptait parmi ses adhérents le chimiste Paracelse, pour qui la vie normale, comme la vie pathologique, était toute entière dans la chimie ; la vie et la maladie, pour les médecins de cette école, n'étaient que les résultats de la lutte entre les alcalis et les acides de l'organisation.

De nos jours, la chimiatrie tend à régner de plus en plus en souveraine dans le domaine de la médecine ; cette dernière science traverse, en ce moment, une phase critique de son existence ; elle est un peu encombrée de savants teintés de médecine, chimistes, physiciens et physiologistes, qui ne peuvent pas voir les choses de la médecine sous le même angle visuel que le médecin. Rien, en effet, n'est plus éloigné de l'esprit médical que l'esprit du chimiste, du physicien, du physiologiste. Leur science à eux est toute d'analyse, qu'il s'agisse d'étudier la composition et la décomposition des corps, les phénomènes de la chaleur, de la lumière, de l'électricité, ou les actes des fonctions de l'organisme, chacun des actes de la digestion, par exemple.

Etant donnée cette tendance naturelle, cette tournure d'esprit, toutes les fois que le chimiste, le physicien, le physiologiste s'occupent de médecine, ils ne voient à faire que des recherches ou des études d'analyse, tandis que le vrai médecin est obligé de faire de la synthèse.

Le médecin ne choisit pas son problème, il le subit ; la maladie ne se présente à lui que sous une forme synthétique, le malade ; il est obligé de s'occuper de tout l'être morbide ; il ne peut, comme le chimiste, le physicien, le physiologiste, reproduire à son gré le phénomène pour le mieux étudier sous toutes ses faces, il ne peut renouveler ses expériences. Un long intervalle de temps peut s'écouler avant qu'il retrouve deux cas semblables d'une même maladie, de la fièvre typhoïde, par exemple, ou qu'il assiste au développement d'une nouvelle épidémie comparable à une première.

L'observation médicale est donc une œuvre de longue, sagace et patiente observation ; rien d'étonnant, dès lors, que les esprits ardents, inquiets, rebutés par les lenteurs et les difficultés de l'observation clinique, préfèrent le chemin beaucoup plus court de l'expérimentation sur les animaux, des travaux du laboratoire. Les produits qui sortent de ces laboratoires ne sont pas des travaux de médecine proprement dite ; ce sont des travaux de physique ou de chimie biologique ; la médecine a complètement ou à peu près complètement disparu des préoccupations de ces savants.

S'il fallait un exemple pour montrer du doigt l'abîme qui sépare un physicien, un chimiste, un physiologiste d'un médecin, au point de vue des phénomènes de la vie, il ne serait pas possible d'en trouver un plus probant que celui de l'expérience dont a parlé M. Bouley dans son discours, c'est-à-dire l'expérience de la poule ou de la grenouille auxquelles on a réussi à inoculer le virus charbonneux.

On prend une poule, on lui lie fortement les pattes et on la plonge dans un bain froid, dans lequel on la laisse pendant un certain temps. La température intérieure de l'animal s'abaisse, on lui inocule alors le virus charbonneux et le charbon se développe.

Le physicien, le chimiste, le physiologiste diront : c'est parce que la température s'est abaissée que la poule a contracté le charbon ; mais le médecin pensera et dira : la poule est devenue charbonneuse parce qu'elle a été rendue malade par suite de son séjour dans le milieu froid dans lequel on l'a plongée et qui ne lui convenait pas ; il suffit de voir les allures effarée de la poule qui a couvé des œufs de canard, lorsque ses petits vont s'ébattre dans l'eau du ruisseau ou de la mare, pour se faire une idée de l'horreur que l'eau froide lui inspire ; plongée dans cette eau froide, elle devient malade par sa peau, ses muscles, ses nerfs,

sa moelle, son encéphale même; elle est terrorisée, elle ne mange plus, elle tombe dans l'inanition et devient, par suite, plus apte à contracter le charbon; elle a été placée ainsi dans un état particulier de prédisposition, d'imminence, de réceptivité morbide qui la rend plus susceptible de subir l'action virulente; mais, encore une fois, ce n'est pas l'abaissement de température qui en est la cause.

Quand à la grenouille, c'est tout le contraire : l'eau froide étant son élément naturel, si on la place dans un milieu chaud, elle y est mal à son aise, elle y devient malade, et, comme chez la poule, la maladie crée en elle une prédisposition, une imminence, une réceptivité morbide qui fait cesser son inaptitude à l'inoculation charbonneuse.

De même, dans l'expérience de Claude Bernard et de son moineau mis dans une étuve, cet habile expérimentateur n'a pas su échapper aux tendances chimiatriques de son maître Magendie. Il a étudié l'action de la chaleur sur son moineau, et il en a tiré les conséquences en physiologiste, non en médecin. Son moineau est mort avec une surélévation de température de 10 degrés par rapport à sa température normale; Claude Bernard trouve les muscles de son moineau coagulés y compris les fibres du cœur, et, raisonnant en physiologiste, il conclut que l'hyperthermie a déterminé la coagulation des muscles, et, par suite, l'arrêt du cœur.

Claude Bernard appliquant son raisonnement à l'homme atteint de fièvre typhoïde et chez lequel on a constaté la dégénérescence des fibres musculaires, conclut que, chez cet homme, c'est l'hyperthermie qui a produit la dégénérescence musculaire et cardiaque et, par suite, la mort par arrêt du cœur.

Mais Claude Bernard a fait là plusieurs vices de raisonnement : d'abord, il a comparé l'hyperthermie artificielle ou expérimentale à l'hyperthermie spontanée; il a ensuite comparé une surélévation artificielle de 10 degrés à une surélévation qui, chez l'homme malade, ne dépasse guère que de 4 à 5 degrés la température normale; ensuite, il compare la dégénérescence musculaire dans la fièvre typhoïde à la coagulation des muscles chez son moineau; enfin, il soutient que l'hyperthermie dans la fièvre typhoïde a produit cette dégénérescence, comme l'augmentation de la chaleur, chez le moineau, a déterminé la coagulation des muscles. Autant de vices de raisonnement.

Qui ne sait, en effet, que pour appliquer à la fièvre typhoïde les résultats de l'expérience du moineau, il aurait fallu que, dans cette maladie, tous les muscles fussent affectés de la même dégénérescence, tandis qu'en réalité ce sont les muscles les plus superficiels, c'est-à-dire ceux qui ont subi la moindre température, qui sont frappés dans la fièvre typhoïde.

Ce n'est pas tout. Si c'est l'hyperthermie de 39, 40, 41, 42 degrés qui détermine la dégénérescence cirrheuse des muscles, il sera indifférent que cette hyperthermie soit due à la fièvre typhoïde, au rhumatisme, à la pneumonie, à la pleurésie ; dans toutes ces maladies, l'hyperthermie devrait déterminer la même dégénérescence des muscles que sur le moineau de Claude Bernard.

Si M. Peter a choisi l'exemple de cette expérience de Claude Bernard, ce n'est pas pour porter atteinte à la mémoire de ce grand physiologiste, c'est pour montrer par un exemple éclatant, à quels égarements peuvent se laisser entraîner les meilleurs esprits dans cette voie d'explications systématiques des résultats de la physiologie expérimentale aux choses de la médecine. Si Claude Bernard, qui est considéré à bon droit comme la plus grande figure de science contemporaine, a commis de telles erreurs, que sera-ce de ses élèves et de ses imitateurs qui se livrent aujourd'hui aux mêmes recherches et en font les mêmes applications sans avoir ni son génie, ni sa sagacité!

C'est à Brand et non pas à M. Pasteur que M. Peter a appliqué l'épithète de chimiâtre. Brand, c'est M. Pasteur retourné. En effet, M. Pasteur a enlevé la fermentation au domaine des phénomènes physico-chimiques pour la rattacher aux fonctions de la vie ; Brand, au contraire, fait rentrer la fermentation de la maladie dans la catégorie des phénomenes physico-chimiques.

Brand observe la fermentation du moût du raisin ou de la solution d'orge; il constate que cette fermentation s'accompagne de production de chaleur; il constate, en outre, qu'en abaissant à 18° la température de la cuve en fermentation, cette fermentation s'arrête; assimilant alors la surélévation de la température de la fièvre à l'augmentation de la chaleur dans la fermentation, il dit que la fièvre n'est pas autre chose qu'une fermentation morbide, et puisque le refroidissement de la cuve arrête la fermentation, il suffira de refroidir le malade atteint de fièvre pour le guérir; en arrêtant la fermentation morbide on arrête la maladie. Mais qui ne voit que pour être logique, il faudrait réaliser dans le corps du fébricitant l'abaissement de température qui est nécessaire pour arrêter la fermentation de la cuve au moût de raisin ou d'orge? Qu'il faudrait, en d'autres termes, que la température du *moût morbide*, du sang fiévreux, descendît à 18° ?

Or, l'expérience démontre qu'il suffit, pour obtenir les bons effets de l'application de l'eau froide dans la fièvre typhoïde, d'un abaissement de température de quelques dixièmes de degré. Ce n'est donc pas par une pure et simple soustraction de calorique qu'agit cette merveilleuse médication hydrothérapique; c'est en portant son action sur l'être tout entier, par l'intermédiaire du système nerveux, qu'elle modifie les grandes fonctions de l'organisme et place celui-ci dans des conditions meilleures. L'école de Brand ne raisonne pas ainsi; elle ne vise que l'élévation de température et non pas l'ensemble si complexe qui constitue l'état du malade fébricitant. L'idéal de la méthode serait la construction d'une machine qui porterait à l'une de ses extrémités un thermomètre, et, à l'autre, un crampon qui saisirait et enlèverait le malade pour le plonger dans le bain froid chaque fois que la température du corps dépasserait un certain degré. Il ne serait plus besoin de médecin, mais seulement d'un infirmier chargé de manœuvrer la machine.

Si c'est la fermentation morbide qui produit l'hyperthermie, ce n'est pas seulement la fièvre typhoïde, ce ne sont pas seulement toutes les pyrexies, mais ce sont encore toutes les phlegmasies qui sont dues à des ferments. Chacune de ces maladies devrait avoir son microbe particulier, agent spécial de cette fermentation. Telles sont les inconséquences auxquelles on est entraîné si l'on admet les idées chimiatriques de Brand! Mais on a dit : qu'importe la médecine du sens commun, si celle qui n'a pas le sens commun guérit, si elle arrive à guérir mieux et plus vite que sa rivale? Alors on a cité des statistiques empruntées à divers médecins allemands et desquelles il résulterait que la méthode de Brand est supérieure à toutes les autres méthodes de traitement de la fièvre typhoïde.

M. Peter ne dira pas avec M. Jaccoud que toutes les statistiques sont menteuses, mais qu'elles sont décevantes. Toutefois, il est permis d'opposer statistiques à statistiques. M. Peter a déjà parlé des statistiques lyonnaises dans lesquelles on sait ce que l'on dit quand on parle de fièvre typhoïde. Or, dans ces statistiques, il a été constaté que la mortalité de la fièvre typhoïde, à Lyon, a été de 13 p. 100 dans les hôpitaux militaires où la méthode de Brand n'a pas été employée, tandis qu'elle a été de 15 p. 100 dans les hôpitaux civils où cette méthode a été mise en usage.

Mais aux statistiques allemandes de M. Bouley, M. Peter préfère opposer d'autres statistiques allemandes, qu'il trouve reproduites dans un excellent travail de M. le docteur Ricklin, inséré dans la *Gazette médicale* de Paris.

M. Ricklin, qui est un médecin fort instruit et très au courant des travaux de la médecine allemande, a publié dans ce travail une série de documents allemands qui sont écrasants pour la méthode. Il résulte de ces documents que, dans les hôpitaux de Berlin, de Vienne, de Munich, la mortalité de la fièvre typhoïde traitée par la méthode de Brand, de 1875 à 1880, a varié entre 13 et 20 pour 100 en moyenne. A Vienne, elle est montée même, en 1876, à 30 pour 100! On est loin du chiffre de 7 pour 100, donné comme la moyenne de cette mortalité!

Ce qu'il y a de plus piquant dans le travail de M. Ricklin, c'est l'exposé des résultats statistiques de Brand lui-même. Il ressort des documents publiés par M. Ricklin que là où les résultats de Brand ont pu être contrôlés, la mortalité s'est élevée à 12 p. 100, tandis qu'elle a été réduite à 0 là où le contrôle n'a pas été possible.

Quoi qu'il en soit de la statistique particulière de l'auteur de la méthode, il demeure constant qu'à Berlin, à Vienne, à Munich, la fièvre typhoïde traitée par les bains froids a donné une moyenne de 13 à 19 p. 100 de mortalité environ, comme à Lyon. Mais Brand et ses adhérents ont deux échappatoires dont ils ne manquent pas de se servir. Un premier échappatoire consiste à dire que la méthode n'a pas été appliquée dès le début de la maladie. M. Blot a fort bien répondu, dans la dernière séance, à cet argument, en faisant observer que le diagnostic de la fièvre typhoïde ne se pose pas dès le début.

Le deuxième échappatoire de Brand est celui-ci : Vous n'avez pas, dit-il, appliqué ma méthode d'après les vrais principes; vous n'avez pas plongé vos malades dans le bain froid toutes les trois heures; ce n'est donc pas ma méthode que vous avez appliquée. C'est exactement la même réponse que Bouillaud faisait à Chomel lorsque ce dernier, avec son remarquable bon sens pratique, opposait aux résultats annoncés par l'auteur de la méthode de traitement de la fièvre typhoïde par les saignées coup sur coup, ceux beaucoup moins favorables qui avaient été observés par d'autres praticiens : « C'est, disait Bouillaud, que vous n'avez pas appliqué ma méthode. » C'est ainsi qu'un esprit médical des plus remarquables s'était laissé entraîner par la passion à de graves illusions thérapeutiques.

Maintenant, avant d'aborder l'exposé des diverses parties de la grande doctrine de M. Pasteur qu'il se propose, si l'Académie veut bien le lui permettre, de traiter *in extenso* dans la prochaine séance, M. Peter demande à présenter, à ce sujet, quelques considérations préliminaires.

La doctrine nouvelle de M. Pasteur, relative à l'étiologie des maladies contagieuses, consiste à dire que ces maladies sont déterminées par la présence dans l'organisme d'éléments figurés appelés microbes. Sans doute il n'a pas encore été possible d'isoler le microbe d'un certain nombre de maladies virulentes et contagieuses, mais le nombre de ces maladies sans microbes tend de plus en plus à se restreindre par la découverte de nouveaux microbes, si bien qu'il n'est pas douteux, pour M. Pasteur, qu'elles finiront par se ranger toutes dans la classe des maladies microbiennes.

Cette doctrine de l'origine parasitaire des maladies contagieuses est toute française. Avant M. Pasteur, Davaine en avait, en quelque sorte, posé les bases par la découverte de la bactéridie charbonneuse. Mais bien avant eux, un homme s'est rencontré qui, par une force d'induction véritablement extraordinaire, a découvert et exposé presque dans les mêmes termes que M. Pasteur presque tout ce que l'on peut dire d'essentiel sur les maladies parasitaires. M. Peter donne lecture d'un certain nombre de passages extraits de l'ouvrage de Raspail, intitulé : *Histoire naturelle de la santé et de la maladie chez les végétaux et chez les animaux en général et chez l'homme en particulier.*

Toutes les propositions émises par M. Pasteur sur les maladies parasitaires se retrouvent exprimées en termes presque identiques dans le livre de Raspail. Et Raspail n'a pas seulement prédit les temps des maladies microbiennes, il en a encore trouvé le traitement : le camphre.

Ainsi, par une puissance d'intuition des plus remarquable, Raspail a prédit, quarante ans à l'avance, ce que la sagacité et la probité scientifiques de M. Pasteur ont découvert de nos jours par l'expérimentation.

Mais, quoi qu'en ait dit M. Bouley, on peut se demander quelles clartés la doctrine microbienne a répandues sur l'anatomie pathologique, la pathogénie, la symptomatologie, le diagnostic, la prophylaxie et le traitement des maladies contagieuses. On ne voit pas en quoi la notion du microbe de la morve et de la syphilis, nous éclaire sur les lésions propres à ces deux maladies. On sait que le pus de la morve renferme un microbe différent de celui qui se trouve dans le pus de la syphilis, mais voilà tout. Nous savions avant la decouverte de la doctrine microbienne que les lésions de la morve affectent les voies aériennes, que celles de la tuberculose se localisent plus particulièrement sur les poumons, que celles de la syphilis attaquent la plupart des tissus et des organes : peau, muqueuses, os, méninges, cerveau, foie, etc.; mais la doctrine microbienne ne nous apprend absolument rien de plus que nous ne savions auparavant.

Ce n'est pas tout. Il semblerait que s'il existe un microbe particulier pour chacune des maladies spécifiques, pouvant produire des lésions spécifiques, il devrait y avoir un spécifique parasiticide pour chacun de ces microbes spéciaux. Or, nous possédons justement deux spécifiques, le quinquina et le mercure, l'un découvert par hasard, l'autre par analogie.

Il n'existe aucune idée rationnelle, d'une part entre le quinquina et la fièvre intermittente, d'autre part entre le mercure et la syphilis.

Il se passera, sans nul doute, de nombreuses années avant que l'on arrive à découvrir le parasiticide spécifique de chacun des microbes des maladies contagieuses : de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, etc.

De ce que M. Pasteur a découvert un microbe dans les plaques de la peau d'un porc atteint de *rouget*, il ne s'en suit pas que nous ayons pour cela le parasiticide de cette maladie.

Raspail avait découvert un parasiticide universel, le camphre. D'autres ont cru trouver ce parasiticide dans l'acide phénique ; d'autres, enfin, dans le gaz hydrogène sulfuré.

D'après des expériences faites à l'École vétérinaire de Vienne, on aurait trouvé dans le gaz sulfhydrique le parasiticide des moisissures développées sur une tranche de citron, et aussi le parasiticide du microbe de la clavelée. Ainsi le même agent servirait de remède à deux parasites absolument différents ! Ne pourrait-il pas servir également à tuer le microbe de la fièvre typhoïde ? La matière fécale qui produit le germe de la fièvre typhoïde et qui donne en même temps naissance au gaz hydrogène sulfuré, la matière fécale produirait ainsi à la fois la maladie et le remède; comme la lance d'Achille, elle blesserait et guérirait tout ensemble. Ne serait-ce pas le cas de s'écrier : Trop heureux les vidangeurs, s'ils connaissaient leur bonheur !

Entre tous ces parasiticides universels, le camphre, l'acide phénique et le gaz hydrogène sulfuré, s'il y avait à choisir, M. Peter préférerait le camphre, parce qu'il sent moins mauvais.

L'orateur termine en repoussant le reproche qui lui a été fait d'avoir, en attaquant l'expérience de Claude Bernard, parlé en termes peu respectueux de cette grande gloire nationale et d'avoir ainsi eu l'air de commettre un acte de lèse-patriotisme. Nul plus que M. Peter n'aime et n'admire les gloires de son pays. Mais s'il a le respect et le culte des grands hommes, il n'en a pas le fétichisme. Si plus que personne il admire Claude Bernard, il n'en a pas moins le droit de penser et de dire que Claude Bernard s'est trompé dans l'expérience de son moineau cuit à l'étuvée; si autant que personne, il admire le génie expérimental de

M. Pasteur, ce n'est pas une raison pour qu'il lui soit interdit de penser et de dire que M. Pasteur est allé trop vite et trop loin dans les applications de ses doctrines à la pathologie et à la thérapeutique. Son adoration ne saurait aller jusqu'à l'idolâtrie. (Applaudissements.)

Dans la premièae séance, M. Peter fera l'exposé de la doctrine de M. Pasteur dans son ensemble et dans ses diverses parties.

M. Lagneau établit, au point de vue de la statistique, l'évaluation de la léthalité de la fièvre typhoïde à Paris, surtout sur les individus casernés : tenant compte, d'une part, de l'influence de l'encombrement humain sur le développement de la fièvre typhoïde et de la tuberculose pulmonaire, d'autre part, de la mortalité typhoïque et phthisique, entrant pour moitié dans la mortalité de l'armée française, il demande qu'à la suite des propositions précédemment faites par MM. Marjolin et Rochard sur les logements insalubres, les eaux et les égouts, l'Académie attire également l'attention sur la nécessité d'améliorer les conditions hygiéniques de notre casernement,

— La séance est levée à cinq heures.

NÉCROLOGIE

M. LE PROFESSEUR LASÈGUE.

L'année 1883 comptera parmi les plus néfastes pour le corps médical. Les trois premiers mois de cette année sont déjà marqués par trois morts regrettables, surtout la dernière. Après Sédillot et Cloquet, nous avons à enregistrer la mort de M. Lasègue.

Né à Paris le 5 septembre 1816, mort le 20 mars 1883, Charles-Ernest Lasègue était dans sa soixante-septième année; c'était encore un jeune homme auprès de Cloquet, mort à 93 ans.

Doué d'une facilité d'élocution et d'une netteté d'exposition vraiment exceptionnelles, M. Lasègue s'était de bonne heure destiné à l'enseignement universitaire; le 27 juillet 1838, il était reçu licencié ès lettres, et débutait comme professeur de rhétorique dans un collège de province. Mais cette situation ne convint probablement pas longtemps à son activité, car dès l'année suivante, il se faisait inscrire comme étudiant à la Faculté de médecine de Paris. Ce ne fut toutefois qu'en 1844 qu'il passa ses examens de doctorat, et sa thèse le 25 février 1846.

Partagé entre l'Université et la Faculté de médecine, M. Lasègue n'avait pu concourir pour l'internat, mais Trousseau, dont la situation avait eu tant d'analogie avec la sienne, et qui avait apprécié ses remarquables aptitudes, lui conseilla de se préparer au concours pour l'agrégation. Il échoua en 1847. En 1850, il n'y eut pas de concours; mais en 1853, il fut nommé avec Aran, Bouchut, Delpech et Gubler, après avoir été chef de clinique à la Faculté (1852).

Médecin du bureau central en 1854, il passa successivement à Lourcine (1857), à la Salpétrière (1859), à Saint-Antoine (1859), à Necker (1860), où il resta jusqu'au moment où il remplaça comme professeur de clinique médicale Grisolle, à la Pitié (11 décembre 1869). A titre provisoire, il remplaça Andral pendant les années 1857-58 et 1860-61, dans la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, qu'il occupa définitivement après sa nomination de professeur à la Faculté, le 9 février 1867. Il fut chargé en outre des cours supplémentaires sur les maladies mentales et du système nerveux; les leçons théoriques qu'il fit alors à la Faculté de 1862 à 1866, et même 1867, après sa nomination officielle, attirèrent un nombre considérable d'auditeurs qui ne pouvaient trouver place dans le grand amphithéâtre de l'école; les leçons cliniques qu'il fit sur les mêmes sujets à Necker et à la Salpétrière, à la même époque, ne furent pas moins suivies.

Directeur des *Archives générales de médecine* depuis 1863, avec Follin d'abord, puis avec M. Duplay, M. Lasègue inséra dans ce recueil un grand nombre d'articles sur des sujets d'actualité, sur des faits intéressants de son service, et surtout sur la pathologie mentale qu'il avait étudiée avec prédilection. Nous citerons en particulier ses mémoires sur l'alcoolisme, sur le mal de Bright, l'anesthésie et l'ataxie hystériques, les catalepsies partielles, les maladies des capsules surrénales, le rhumatisme noueux, les gangrènes curables du poumon, la syphilis héréditaire, la polyurie, la dyspepsie, la folie à deux, etc.

M. Lasègue a laissé comme travaux plus étendus : Sa thèse de doctorat : *De Stahl et de sa doctrine médicale*, sujet qu'il a repris en 1865 dans une conférence à la Faculté sur l'école de Halle. — Ses deux thèses d'agrégation : *Sur les altérations du sang dans les maladies inflammatoires et dans les affections dites typhoïdes* (1847) et *Sur la paralysie générale progressive*

(1853). — *Traité des angines* (1868). — *La technique de l'auscultation pulmonaire* (1881). — Il a donné récemment une 4ᵉ édition du *Traité de l'auscultation* de Laënnec, dite édition de la Faculté de médecine, et la traduction du *Traité de la goutte*, de Sydenham. M. Lasègue était membre de l'Académie de médecine depuis 1876 et officier de la Légion d'honneur.

De goûts simples, très spirituel, mais d'un esprit critique, mordant, un peu trop acerbe parfois, et c'était peut-être là son seul défaut, M. Lasègue était foncièrement bon, toujours prêt à aider les élèves de ses conseils, et de sa bourse au besoin. Ses études sur les maladies mentales et nerveuses lui ont valu la tâche, qu'il recherchait peu, d'être appelé comme expert dans un grand nombre d'affaires médico-légales relatives aux aliénés, et l'intégrité avec laquelle il remplit ses fonctions difficiles lui conserva l'estime de tous. Mettant le devoir avant tout, il n'a quitté son poste à l'hôpital et à l'Ecole que lorsque les forces lui ont fait complètement défaut; il a tenu à honneur de présider jusqu'à la fin le dernier concours d'agrégation en médecine, et lorsqu'il y a quelques jours à peine on acclamait les noms des élus, les applaudissements des élèves auraient pu s'adresser aussi bien à l'énergie morale dont avait fait preuve le professeur Lasègue, qu'aux succès des lauréats. L.-H. PETIT.

COURRIER

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Amphithéâtre d'anatomie.* — Programme des cours de la saison d'été, année 1883.

1° *Cours de médecine opératoire.*

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira ce cours le lundi 9 avril 1883, à 2 heures.

M. le docteur Tillaux traitera des *Amputations.*

M. le docteur Quenu, premier prosecteur, traitera des *Résections* et des *Opérations spéciales.*

M. le docteur Le Bec, deuxième prosecteur, traitera des *Ligatures d'artères.*

Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférences d'histologie.*

Des conférences sur l'*Histologie normale et pathologique* continueront à être faites, par M. Siredey, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

NOTA. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être réformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs Cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 26 mars.

PRIX DUPARCQUE. — La Société de médecine de Paris rappelle aux concurrents qu'ils doivent adresser leurs travaux, *avant le 1ᵉʳ avril prochain,* à l'adresse de M. de Beauvais, secrétaire général, rue de Trévise, 39 à Paris.

ASILE SAINTE-ANNE. — Par arrêté ministériel, en date du 6 mars 1883, sont promus de la deuxième à la première classe : M. le docteur Bouchereau, médecin en chef de la section des femmes à l'asile Sainte-Anne; — M. le docteur Magnan, médecin en chef du bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours pour une place de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le jeudi 7 juin 1883. Le candidat nommé entrera immédiatement en fonctions; celles-ci auront une durée de trois années pendant lesquelles il recevra un traitement annuel de 1,800 francs plus le quart colonial, soit 2,250 francs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du samedi 24 mars 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Observation de pleurésie chez une femme en couches ; quinze ponctions aspiratrices en l'espace de deux mois; guérison, par M. Graux. — 2° Rapport de M. Charpentier sur la candidature au titre de membre titulaire de M. le docteur Hippolyte Baraduc. — 3° Quelques considérations sur la théorie de la goutte, par M. Durand-Fardel.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

MYOCARDITE CHRONIQUE ET SCLÉROSE.

(Hôpital Tenon. — Service de M. TENNESON.)

Myocardiopathies des scléreux. — Cirrhose du cœur, du foie, du rein. — Anévrysme passif cardio-pulmonaire. — Corvisart et Pidoux. — Diagnostic, pathogénie, étiologie. — Valeur clinique et marche de ces cardiopathies.

Naguère, encore, tout paraissait dit quand, en présence d'une cardiopathie, on avait recherché attentivement les altérations organiques du péricarde et de l'endocarde, déterminé leurs signes acoustiques dénonciateurs, et essayé de faire le raccord du symptôme avec la lésion présumée de l'appareil valvulaire. Le fait clinique prenait alors place à côté de ces types classiques dont le tableau paraît toujours si net dans les traités usuels des maladies du cœur.

Mais voici des cas dans lesquels les lésions valvulaires et leur cortège symptomatique font défaut. L'innervation du cœur de ces malades n'est pas primitivement en cause. Doit-on mettre ces cardiopathies au nombre des formes *larvées*? Non, sans doute; ces individus sont manifestement des cardiaques; d'ailleurs, les maladies du cœur, dites anormales ou larvées, le sont seulement par rapport à l'ensemble symptomatique vulgaire des lésions de l'appareil valvulaire. Dans l'espèce, celles-ci sont absentes, et il faut bien, cliniquement, rendre au myocarde le rôle qui doit logiquement lui appartenir. Ces faits ont donc rang dans le chapitre encore inachevé, et trop négligé, de la myocardite chronique.

Voici, dans le lit n° 2 de la salle Bichat, un homme de cinquante ans. Ce malade est un cardiaque; il en a le faciès, et l'attaque d'asystolie, qui l'amène aujourd'hui

FEUILLETON

CAUSERIES.

SOMMAIRE. — Moyens de prévenir le morphinisme. — Les fabricants d'instruments de chirurgie doivent-ils vendre des seringues de Pravaz? — Un singulier livre. — Les frères Corses. — Le charlatanisme à l'étranger. — Le divorce d'un médecin.

J'ai reçu plusieurs lettres à propos de ma *Causerie* sur la morphiomanie; je vais y répondre. D'abord, il ne faut pas dire *morphiomanie* ; puisque le mot est dérivé de morphine, il faut dire morphinomanie, ainsi que me le fait remarquer un aimable correspondant. M. Zambaco, prenant comme radical *morphée*, je ne sais trop pourquoi, écrit *morphéomanie*, qui voudrait dire manie du sommeil, et non manie de la morphine. Je préfère morphinomanie, et n'emploierai plus à l'avenir que ce mot.

Un autre correspondant non moins aimable me pose diverses questions de déontologie qui me paraissent bien difficiles à résoudre d'une manière pratique.

La première comporte une réponse très simple. « Ne trouvez-vous pas comme moi qu'à part de très rares exceptions, presque introuvables réellement, un médecin ne devrait jamais laisser la seringue de Pravaz entre les mains des malades, pas plus qu'on n'y laisse un flacon de chloroforme ? » Je pense que mon aimable correspondant entend par « seringue de Pravaz » la seringue et le petit flacon de solution morphinée qui l'accompagne; car la seringue à elle seule ne constitue pas un bien grand danger.

à l'hôpital, est la troisième qu'il éprouve. Son cœur est dilaté; l'impulsion en est faible; sa matité présente une extension insolite et sa pointe déplacée bat dans le sixième espace intercostal, à une distance de 15 centimètres de la ligne médiane. L'auscultation fait bien reconnaître l'existence de l'arhythmie, mais révèle aussi l'absence manifeste de bruit cardiaque anormal et l'intégrité de la respiration, affaiblie tout au plus dans quelques points. Analyse-t-on les urines qualitativement? On constate qu'elles ne sont pas albumineuses.

D'une part, des symptômes positifs de *maladie cardiaque :* dilatation, attaques d'asystolies séparées par de longs intervalles de calme, arhythmie, lenteur de l'évolution; d'autre part, des signes négatifs de lésions valvulaires, de troubles digestifs contemporains ou anciens, d'altérations du foie, du poumon ou du rein. Ce sont là des troubles dynamiques du cœur, dont l'origine vraisemblable est ailleurs, c'est-à-dire dans des lésions chroniques du myocarde.

Au point de vue pathogénique, rien n'autorise à mettre en cause le poumon, le foie ou le rein.

En est-il de même chez le malade qui est couché dans le lit n° 5 de la même salle? C'est un homme de 59 ans, chez lequel l'asystolie actuelle a été précédée d'autres attaques aussi graves. Ici la dilatation est plus considérable et la pointe du cœur bat faiblement dans le sixième espace intercostal à seize centimètres de la ligne médiane. Ici encore, l'arhythmie n'est pas moins manifeste; les téguments sont cyanosés et l'examen de la poitrine ne laisse pas de doute sur l'existence de congestions pulmonaires.

Le cœur est donc en détresse, et aux autres signes de l'asystolie s'ajoute, à la pointe, un souffle systolique faible et surtout passager. Ce souffle, qui est celui du *cœur forcé*, de la dilatation chronique, ne saurait être différencié du *murmure asystolique* de M. Parrot, et peut devenir un sujet de discussion. Parfois, on en fait le signe acoustique de l'insuffisance tricuspidienne suivie de dilatation; signe permanent dans sa durée, tant que le myocarde conservait une contractilité assez énergique, mais discontinu et passager dès que la période des accès asystoliques est ouverte. Dans le cas actuel, aucune des circonstances commémoratives, aucun des phénomènes morbides contemporains ne confirment cette hypothèse. Et même, encore, si dans l'hypothèse que rien ne justifie, d'une insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, ne serait-on pas en droit de mettre celle-ci à l'actif et

---

Où je suis entièrement de son avis, c'est quand il dit : « Je ne prétends pas, dans les cas où il y a vraiment nécessité de recourir longtemps aux injections hypodermiques, rendre un malade éternellement l'esclave et le tributaire de son médecin, mais je voudrais qu'une personne de l'entourage du malade fut stylée au maniement du petit instrument et détînt seule la morphine. » Mais ajoutez : « Une personne au caractère ferme, qui ne fera pas deux injections quand vous n'en aurez prescrit qu'une, et qui sera capable de résister aux supplications du malade, lorsque celui-ci demandera son injection pour être soulagé.

« Admettez-vous, me demande-t-on encore, qu'un fabricant d'instruments délivre une seringue de Pravaz sans un mot d'avis, une ordonnance ou une lettre d'un médecin? » Je répondrai à cela ce que j'ai dit tout-à-l'heure : « Ce n'est pas la seringue qui fait le danger, mais la morphine. Un fabricant d'instruments n'est nullement limité dans son commerce au point de vue de la vente des seringues, même de Pravaz, et j'avoue ne pas voir d'inconvénient à ce qu'on lui laisse toute liberté à cet égard.

Mais où je ne comprends plus la tolérance, c'est pour la délivrance des solutions morphinées aux malades. Les pharmaciens leur en donnent avec des ordonnances vieilles de plusieurs années, me dit mon correspondant, et c'est là évidemment un abus qu'il serait facile de faire cesser. On pourrait se contenter de détruire l'ordonnance une fois exécutée; mais il y a, je le sais, un grand intérêt à ne pas détruire les ordonnances des médecins après l'exécution de la prescription par le pharmacien; en cas d'accident, on peut vérifier, d'après l'ordonnance, à qui incombe la responsabilité. On peut faire mieux : c'est d'imposer au pharmacien de timbrer et de numéroter toute ordonnance qu'il a exécutée, ce qu'il fait d'ailleurs en général, mais, ce qu'il ne fait pas, de ne jamais accepter une seconde fois une ordonnance portant déjà son timbre ou celui d'un autre pharmacien. De cette manière, les médicament ne seraient délivrés qu'à bon escient.

non pas au passif de la dilatation du cœur avec asystolie et par la dégénérescence des fibres myocardiques?

Quand aux accidents pulmonaires congestifs, ils sont sous la dépendance de l'asystolie et par conséquent des lésions du myocarde. A un degré plus élevé, ils constitueraient ces pneumonies de la période terminale de la cirrhose cardiaque et dont M. Juhel-Renoy (1) a signalé un exemple dans l'observation I de sa thèse inaugurale. En tous cas, l'hésitation serait plus légitime chez cet autre malade qui est couché dans le lit nº 13 de la salle Bichat.

Cet homme de 55 ans a aussi atteint le second terme de la vie et a déjà éprouvé plusieurs attaques d'asystolie. Par l'auscultation attentive du cœur, on ne perçoit aucun bruit anormal, et cependant cet organe est très dilaté; de plus, il existe d'une part, de l'emphysème pulmonaire, et d'autre part, comme le prouvent les réactions chimiques, de l'albumine dans les urines.

Certes, la coexistence de l'emphysème pulmonaire avec la dilatation cardiaque est un phénomène assez vulgaire. Il y a beau temps certainement que depuis Senac, Louis et autres savants auteurs, tout le monde observe la corrélation de ces altérations morbides. Seulement, sans mettre en doute la loi du retentissement de cette lésion pulmonaire sur les cavités droites du cœur, à la manière de ces hypertrophies plus ou moins providentielles situées en arrière des obstacles circulatoires, ne peut-on, comparer avec Pidoux l'emphysème ou dilatation pulmonaire avec la dilatation cardiaque et répéter avec ce maître, dans le langage de Corvisart, qu'on est alors en présence « d'un anévrysme passif cardio-pulmonaire? (2) »

L'albuminurie résulterait-t-elle ici du retentissement des troubles cardiaques sur le rein ou bien la dilatation du cœur avec asystolie serait-elle consécutive aux altérations rénales? En un mot, serait-on en présence d'un *rein cardiaque* ou bien d'un *cœur rénal?* Que le diagnostic étiologique soit hésitant pour celui qui n'a pas été témoin des phases initiales de tels processus morbides (3); nul doute, assurément. Cependant, sans discuter sur le rôle réciproque du rein sur le cœur et du cœur sur le

(1) Rigal et Juhel-Renoy. *Archives de méd.*, août 1881. — Juhel-Renoy : *Étude sur la sclérose du myocarde; de son importance dans la pathogénie des accidents asystoliques.* Paris, 1882, p. 81. — Picot : *Les grands processus morbides*, 1876, t. I.

(2) Constantin Paul. *Diagnostic et traitement des maladies du cœur.* Paris, 1883, p. 516.

(3) G. Sée. *Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur*; 2ᵉ édit., 1883, p. 73.

***

J'ai reçu dernièrement un singulier petit livre que je n'avais d'abord accueilli qu'avec défiance, à cause de la rédaction de son titre, et que j'ai examiné ensuite de plus près à cause des titres de son auteur : Docteur en droit et en médecine des Facultés de Paris. Voici ce titre :

« Rénovation radicale de l'art de guérir. — Diagnostic et traitement nouveaux. — Guérison rapide. — Le tout résultant de la découverte : 1° du rôle normal des poumons et du foie dans l'animalité, laquelle jouit sans cesse d'un chiffre invariable d'équivalents d'oxygène; 2° du rôle anormal des mêmes appareils chez les races humaines transformées en peuples qui, loin de leurs forêts originelles, perdent peu à peu le chiffre d'équivalents d'oxygène auquel ils ont droit. Soit de la découverte, dans cette seconde étude, d'une série de troubles facteurs des maladies de toute sorte, etc. » Il y en a encore trois lignes, et je n'ai pas le courage d'aller jusqu'au bout. Et notez que c'est seulement le titre du premier volume.

J'ai tourné plusieurs pages sans trop comprendre, et je suis tombé sur une théorie de la reproduction, que je n'ai pas comprise, et que je vais vous communiquer, dans l'espoir que, si vous comprenez, vous voudrez bien m'aider ensuite à comprendre. Tout cela, à propos de... je ne sais quoi :

« La reproduction dans les deux règnes se fait en vertu de forces et d'attractions sidérales, ou, en termes plus précis, en vertu des trois fluides solaires. Je n'ai pas besoin de décrire longuement la reproduction dans les poissons. Il suffit d'ouvrir un livre d'ichthyologie pour savoir comment se passent ces phénomènes d'ordre fondamental. La femelle secrète des œufs qu'elle dépose en certains lieux; le mâle se livre à un autre travail de sécrétion; puis il vient

rein dans l'état de maladie, ne doit-on pas cliniquement considérer ce cardiaque comme un *scléreux*. Chez lui, les organes histologiques essentiels à la fonction, — fibres musculaires dans le myocarde, tubuli dans le rein, — succombent à la même lésion. Cirrhose du rein, cirrhose du cœur sont ici, après tout, les localisations diverses d'un même processus anatomo-pathologique (1).

A ce titre, comment ne pas comparer de tels phénomènes avec les troubles morbides de ce malade de M. Debove, dont M. Bouicli faisait connaître l'histoire à la Société anatomique, dans la séance du 28 janvier 1881. On avait porté, pendant la vie, le diagnostic de lésion mitrale. L'auscultation avait seulement révélé de l'arhythmie et la percussion une hypertrophie du cœur. Le malade meurt et, à l'autopsie, on constate l'intégrité de l'appareil valvulaire, mais des lésions scléreuses du myocarde et du rein.

Ce n'est pas le rein qui est en cause chez cette autre cardiaque du lit du n° 10 de la salle Couverchel. Par son âge de 55 ans, elle est à l'époque de la vie où la myocardite scléreuse est la plus fréquente, tandis que par son sexe (2), elle est moins exposée que l'homme au développement de cette affection. Son cœur est dilaté et arhythmique; le foie, sur le prolongement de la ligne verticale du mamelon, descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; l'ictère et l'ascite ont toujours fait défaut; l'œdème des membres inférieurs est très peu marquée et on cherche en vain les réactions de l'albuminurie.

Par sa physionomie clinique, cette cardiopathie prend rang à côté des précédentes. Ici encore existent les symptômes d'une myocardite scléreuse, s'accompagnant vraisemblablement de lésions hépatiques de même nature : d'une part, cirrhose cardiaque; d'autre part, cirrhose hépatique, jusqu'ici non rétractile (3).

En résumé, qu'observe-t-on dans les quatre cas précédents? Une affection à lente évolution, de la dilatation cardiaque, de l'arhythmie, l'absence de bruits anormaux,

(1) Martin. *Recherches sur la pathogénie des endocardites et des scléroses cardiaques.* (*Revue de médecine*, 10 février 1883.) — Ballet : *Contribution à l'étude du rein sénile* (*Eod loco*), 1881. — Langow : *Cirrhose multiple de divers organes : poumon, cœur, foie, rein.* (*Mediz. Oboz.*, janvier 1882.) — Voir Lancereaux, Gull et Sutton, Cornil et Ranvier, etc., etc.

(2) Lancereaux. *Traité de la syphilis*, 1866, p. 384.

(3) Sabourin. *Revue de médecine*, p. 468, 1882. — Picot : *Contribution à l'étude des rapports pathol. entre le cœur et le foie.* (*Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 12 août 1882 et numéros suivants.)

---

déposer ce produit, en vertu de lois qui lui sont imposées (par qui?) dans le milieu où la femelle a déposé sa contribution relative à la reproduction. Le résultat de ce double produit de sécrétion mâle et femelle sera l'éclosion d'une progéniture le plus souvent innombrable. Cette éclosion, qui se fera à l'aide du mâle, aura lieu en vertu des lois qui ont présidé à la formation des amalgames organiques; ce sera toujours au moyen de courants électriques que ce travail s'accomplira, c'est-à-dire que l'électricité statique, dont nous savons la pénétration incessante dans les mers et sur les terres, se divisera en deux sortes d'électricité : l'une positive, qui ira vers l'un des produits secrétés, et l'autre qui ira vers le second produit. En cet état, les deux électricités se réunissent avec dégagement de chaleur et de lumière, et la conséquence de cette recomposition, c'est la formation du germe dont les éléments ont été élaborés par le mâle et la femelle. » — Avez-vous compris? — Certainement : Voilà pourquoi votre fille est muette. — C'est aussi mon avis.

Et dire qu'on en imprime comme cela des centaines par an! Je ne m'étonne plus si le papier devient si cher et si les ouvriers typographes se mettent en grève!

Et l'auteur? — Permettez-moi, par respect pour ses titres et ses cheveux blancs, de ne pas le nommer.

***

Que de faits n'a-t-on pas déjà cités pour démontrer la sympathie qui existe entre deux frères jumeaux? Vous vous rappelez, je pense, la *petite Fadette.* Avez-vous souvenance des *Frères Corses*, d'Alexandre Dumas? C'est un mélodrame émouvant, paraît-il, dont je ne connais malheureusement que le titre, et dont l'origine fut un cas supposé de correspondance

une ou plusieurs attaques d'asystolie; tous accidents survenus à des individus avancés en âge. Chez les uns, il existe bien des altérations rénales (albuminurie), hépatiques (hypertrophie), pulmonaire (emphysème); mais chez un autre (n° 1 de la salle Bichat), elles paraissent manquer. Aucun signe n'autorise donc à placer les troubles du cœur sous la dépendance de ces altérations des autres organes. Ces malades sont donc incontestablement en puissance de *maladie cardiaque*, mais rien ne fait de celle-ci une *affection secondaire* aux lésions viscérales.

Le myocarde, comme tout autre organe, peut donc être primitivement affecté, bien que jusqu'à ces dernières années, les lésions primitives de ce muscle, affirmées et démontrées par les faits cliniques, aient été anatomiquement méconnues. Actuellement, à moins de conférer à cet organe le privilège trop exceptionnel assurément d'une immunité individuelle, il faut, selon la remarque que M. Tenneson a souvent répétée à ses élèves, tenir compte des altérations de la fibre de ce muscle et de ses perturbations fonctionnelles. Que ces altérations soient de degrés divers ou de noms variés : stéatose des fibres cardiaques (Beau) (1), myocardite interstitielle (Debove et Letulle) (2), sclérose du cœur (Martin), myocardite scléreuse (Rigal et Juhel Renoy), soit! Il ne s'agit, après tout, que de processus dystrophiques des éléments essentiels de la contractilité cardiaque. En principe, toute lésion anatomique correspondant à une altération de fonction; en fait, n'est-il pas légitime, avec M. Tenneson, de donner à ces myocardio-scléroses une large part dans l'explication raisonnée des accidents dont il est ici question?

Les faits cliniques correspondant aux faits anatomiques, il ne reste plus qu'à en établir le raccord avec les faits physiologiques. Eh bien! la médecine contemporaine aime à se dire physiologique! Et cependant, nul physiologiste ne considère l'état du myocarde comme toujours subordonné à l'état anatomo-pathologique des reins, du foie ou du poumon. La médecine doit-elle donc faire ce que la physiologie ne fait pas? Bien plus, d'après les expériences et les recherches récentes de M. Franck, ne sait-on pas que la fonction rhythmique est propre à la fibre musculaire du cœur? (3). D'ailleurs, nous n'insisterons pas, car, en physiologie pathologique, l'importance clinique d'une telle propriété est trop apparente, surtout pour des cardiopathies dont l'arhythmie est le symptôme presque constant.

(1) Voir Parrot : article *Asystolie* du Diction. encyclop., p. 40, t. VII, 1867.
(2) Debove et Letulle, 1880. *Arch. gén. de méd.*
(3) *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 1882.

---

spirituelle entre deux frères. Comme les héros de ce fait sont morts, on peut les nommer : c'étaient Charles et Louis Blanc. Voici l'anecdote.

Louis Blanc rentrait un soir chez lui, en octobre 1839, précisément le lendemain de l'apparition d'une critique qu'il avait publiée sur les *Idées napoléonniennes* de Louis Bonaparte, lorsqu'il fut assailli par derrière par un vaurien qui lui appiiqua un violent coup de canne sur l'œil droit. On ne connut jamais l'auteur de cette agression. M. Charles Blanc, plus jeune d'un an que son frère, était alors à Rodez, dans l'Aveyron, depuis quelque temps déjà. Au moment précis où son frère fut frappé, ainsi qu'on put s'en assurer plus tard, il en eut le pressentiment, et à tel point, qu'il écrivit immédiatement à Paris pour demander des renseignements à ce sujet. La mort presque simultanée de ces deux frères plaiderait encore en faveur de la sympathie extraordinaire qui existait entre eux.

*
* *

Si le charlatanisme médical disparaissait du reste de la terre, il se réfugierait... « En Angleterre » disent les journaux américains. « En Amérique » disent les journaux anglais. Et chacun de citer à l'appui de son dire les anecdotes les plus piquantes sur le compte de son adversaire. Le *Journal of science* rapporte la suivante :

Ce qui se passe à Londres n'aurait jamais lieu dans la plupart des villes de l'Amérique; jamais les charlatans n'y trouveraient de badauds aussi naïfs. Un charlatan qui avait établi son quartier général et ses tréteaux près de Westminster Bridge (le Pont-Neuf de Londres) avait trouvé une manière ingénieuse de tromper son public. Il disait que si une personne de la société était atteinte d'un commencement de phthisie, on le voyait immédiatement en la faisant souffler dans un tube rempli d'eau qu'il montrait. L'eau, de claire qu'elle était, deve-

Les preuves étiologiques ne sont pas non plus absentes. Puisque ces individus ont les habitudes professionnelles et le *modus vivendi* qui déterminent vulgairement les maladies de déchéance des éléments anatomiques : alcoolisme, absinthisme (1), syphilis, saturnisme, goutte, etc., etc. La sénilité enfin, cette sorte de synthèse des autres causes étiologiques (Martin), devient encore ici la circonstance la plus favorable au développement de ces altérations pathologiques; témoins, en effet, l'âge des malades qui ont atteint la deuxième période de la vie et leur décrépitude fonctionnelle, trop souvent prématurée.

Cette étiologie ne donne-t-elle pas une autre preuve de la connexité des lésions cardiaques, rénales et hépatiques, sous la même influence pathogénique générale est soumis, à savoir : la prolifération du tissu conjonctif interstitiel, la dystrophie et l'atrophie des éléments essentiels du cœur, du rein et du foie, du poumon et même des centres nerveux? N'est-elle pas aussi un argument contre la subordination absolue de ces viscères l'un à l'autre?

Enfin, la marche des accidents, la lenteur de leur évolution, ne témoignent-elles pas cliniquement dans le même sens? La période initiale a duré de longues années ; les accès asystoliques étaient rares alors; par le repos et un régime convenable, la diète lactée par exemple, les troubles fonctionnels s'amendaient rapidement. Alors aussi, les lésions anatomiques subissaient momentanément un temps d'arrêt. Mais voici la phase terminale : il n'en est plus de même. La déchéance organique des éléments anatomiques a été progressive; la dystrophie myocardique est complète, et la fibre vaincue, comme les organes de sécrétion dans les cirrhoses rénales. Les accès cardiaques augmentent de fréquence, la détresse du cœur devient permanente et la mort est prochaine !

Quelle est donc la conclusion pratique de ces faits, sur la fréquence desquels M. Tenneson a souvent attiré l'attention de ses élèves? Sinon qu'il est contraire à la physiologie, à l'histologie pathologique, à la clinique, aussi bien qu'à la logique, de soutenir systématiquement la subordination de l'état du muscle cardiaque à l'état anatomique fonctionnel des reins, du foie et des poumons.

Que les vices de nutrition du myocarde soient contemporains ou non de telles affections des autres viscères? Soit. Ils n'en seront pas moins en rapport avec l'évolution du processus morbide général (2). De là l'erreur de certaines expressions,

(1) Lancereaux. *Anat pathol.* ot article *Alcoolisme* du Diction. encyclop.
(2) Picot. *Loc. cit.*

---

nait aussitôt blanche comme du lait. Comme le liquide contenait de l'eau de chaux, on comprend que l'acide carbonique de l'air expiré produisait *illico* du carbonate de chaux insoluble. Alors le charlatan ajoutait quelques gouttes d'une liqueur qu'il donnait comme le remède de la phthisie et qui, contenant un acide quelconque, clarifiait l'eau blanchie. « Ainsi, disait-il alors, la phthisie guérit par ce remède. Achetez-en, mesdames et messieurs ! » Et chacun de souffler dans le tube, de se croire atteint de phthisie commençante, et d'acheter le remède.

Entre nous, ce charlatan n'est pas si bête, et je ne vois pas pourquoi on se moque d'une population qui se laisse prendre à ce lait de chaux dont elle ne comprend pas le mode de formation. Avec cela, pourrait-on répondre aux Américains, qu'ils ne se laissent pas prendre à toutes sortes de falsifications dans l'ordre alimentaire, et de *puffs* dans l'ordre social !

***

Vous connaissez tous comme moi, chers lecteurs, la répugnance qu'ont certaines mères à marier leur fille à un médecin. Que de fois n'ai-je pas entendu dire aux jeunes filles en quête d'un mari : « Surtout, n'épousez pas un médecin ! Ils ont mille occasions pour une de reprendre leur liberté : Consultations, visites de nuit..... » Vous connaissez le cliché.

En revanche, les médecins n'ont pas toujours à se féliciter d'être mariés. Ceci est encore de l'intérêt professionnel, et c'est pourquoi je vais vous narrer, à l'appui de mon dire, une petite histoire récente :

Dans un pays où le divorce est admis, un de nos confrères très occupé n'avait que peu de temps à consacrer à sa chère moitié. De là, jalousie, scènes... et tout ce qui s'ensuit. Cependant le médecin n'en sortait pas moins pour voir sa clientèle. Le devoir professionnel avant

celles de cœur rénal par exemple (Martin), puisque la mort, chez ses malades, est habituellement l'échéance terminale d'une dystrophie progressive des tissus ; dystrophie avec sclérose ou cirrhose du cœur; dystrophie avec sclérose ou cirrhose du rein; dystrophie avec sclérose ou cirrhose du foie.

Pendant toute sa vie scientifique et hospitalière, Pidoux aimait à répéter cette opinion. M. Tenneson est aussi heureux, comme il le disait publiquement, de lui rendre ce qui lui appartient. Un tel témoignage, ajouterons-nous, honore l'élève autant que le maître, à une époque surtout où les opinions d'un clinicien tel que Pidoux sont trop souvent oubliées ou passées sous silence !

Ch. ELOY.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des journaux italiens.

DIXIÈME CONGRÈS GÉNÉRAL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ITALIENNE (1).

Séance de la section d'hygiène et d'histoire de la médecine du 22 septembre 1882.
Président, M. le professeur Vacca.

M. le professeur Pagliani fait connaître ses idées sur l'alimentation du peuple et les cuisines économiques, et parvient facilement à faire partager à l'assemblée la proposition suivante : « La section d'hygiène du dixième Congrès médical, le professeur Pagliani entendu, loue la pensée philantrophique et hygiénique qui a présidé à la fondation des fournaux économiques et estime qu'un exemple aussi noble doit être suivi par toutes les villes d'Italie, au très grand profit des classes nécessiteuses. »

Sur la demande de M. le professur Sormani, nos confrères votent à l'unanimtté la création dans chaque ville d'un laboratoire de recherches chimiques et microscopiques, afin de faire connaître au public les falsifications des denrées et boissons alimentaires.

Séance de la section de chirurgie du 22 septembre 1882.
Président, M. le professeur Mazzoni.

Dans une laparatomie exécutée pour enlever un volumineux kyste de l'ovaire, M. le professeur Ceci eut à détruire une adhérence du hyste avec une tumeur solide de la grosseur du poing située entre les feuillets du ligament large. Cette tumeur, qui n'était autre qu'une

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 1er mars.

tout, n'est-ce pas ? Madame inventa alors un moyen extrême. Les femmes, a-t-on dit, sont extrêmes en tout. Un soir que monsieur allait sortir, appelé par dépêche télégraphique pour un motif quelconque, des cris retentissent dans la chambre de madame. La malheureuse agonise ! Monsieur est obligé de rester, pour lui prodiguer ses soins, jusqu'au lendemain. Le moyen ayant réussi, chaque fois que monsieur voulait sortir le soir, madame était prise de phénomènes singuliers; c'était un véritable empoisonnement. De guerre lasse, monsieur surveilla madame avec l'aide de sa femme de chambre, stylée et payée en conséquence. Il apprit alors que madame, dont l'héroïsme égalait la jalousie, prenait, chaque fois que notre confrère manifestait le besoin de sortir le soir, un certain nombre de granules d'aconitine, risquant de passer de vie à trépas plutôt que de permettre à son mari de s'absenter à une heure qu'elle trouvait indue. Notre confrère, considérant que cette manœuvre était de nature à porter une grave atteinte à sa considération et à sa clientèle, porta plainte devant le tribunal et demanda le divorce. Je ne sais s'il l'a obtenu.

SIMPLISSIME.

CONCOURS. — Concours public pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 30 avril 1883, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres — Le registre d'inscription des Candidats sera ouvert le jeudi 29 mars 1883, et sera clos définitivement le samedi 14 avril 1883, à trois heures.

hématocèle, obligea l'habile chirurgien à des manœuvres des plus difficiles; la rareté du fait a encouragé M. le professeur Ceci à en donner communication à ses collègues.

Le docteur Paci préconise la méthode suivante pour la réduction des luxations de la cuisse : 1° abduction de l'article; 2° mouvement de rotation du côté externe; 3° essais avec la main de replacer la tête du fémur dans sa cavité. L'application de cette méthode a toujours réussi à ce chirurgien.

La clôture de cette importante section est prononcée par M. le président Mazzoni, après les félicitations d'usage sur la valeur et le nombre des travaux présentés, et après une remarquable observation de cure radicale d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique par des injections hypodermiques d'ergotine; auteur M. le docteur Angelini.

Séance de la section d'obstétrique et de gynécologie, d'oculistique et d'otoïatrie, du 22 sept. 1882.
Président, M. le professeur Businelli.

Ectopie double du cristallin, par M. le professeur Manfredi; accès de glaucome aigu plusieurs fois répétés; obstruction accidentelle du champ pupillaire par le cristallin. Dans l'œil droit, la guérison a lieu spontanément ; dans l'œil gauche, il fallut extraire la lentille. Cas curieux au point de vue de la pathogénie du glaucome.

Guérison d'un grave traumatisme de la caisse du tympan et des différentes parties de l'oreille externe, obtenue en peu de jours à la suite de la suture des parties déchirées et l'application d'un appareil contentif, par M. le docteur Bartolozzi.

M. le docteur Falleroni prend la parole sur les usages de l'aimant dans la chirurgie oculaire; M. le docteur Saltini parle de l'iodoforme en oculistique, enfin la séance est levée à la suite de la lecture de M. le professeur Giampietro sur le tinnitus aurium ou tintouin, bourdonnement d'oreilles que ce maître a étudié expérimentalement.

Séance de la section d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques,
Président, M. le professeur Bizzozero.

Les principales communications ont été faites par M. le professeur Giovanardi : Sur les différentes terminaisons nerveuses; sur le manque de spermatozoïdes chez les cryptorchides ; sur la disposition des cordes vocales chez l'homme et chez l'enfant; enfin, sur différentes anomalies crâniennes.

M. le professeur Bocci fait connaître ses nouvelles recherches sur l'épithélium vibratile et un nouvel instrument, le *Neumatographe*, destiné à enregistrer les mouvements de cet épithélium.

Etudes physiologiques et thérapeutiques sur le thymol, le phénol, la naphtaline et autres composés similaires, par M. le docteur Pellacani.

Sclérose de la corne d'Ammon chez un épileptique : docteur Vincenzi.

Etude sur la larve des distomes hépatiques et lancéolés : professeur Piana.

M. le professeur Morselli présente, au nom du docteur Buccola, quelques travaux relatifs à la psychologie expérimentale :

1° Sur le sens du temps ;

2° Un instrument de ce médecin pour l'étude de la durée des perceptions olfactives;

3° De sa part et de celle de M. le docteur Buccola, un mémoire sur la durée des perceptions complexes; enfin, quelques résultats sur le sens de l'espace en rapport avec le sens musculaire.

Séance de la section des maladies de peau et syphilitiques du 22 septembre,
Président, M. le professeur Majocchi.

M. le professeur Manassei fait un exposé substantiel des différentes formes de lichen, et passant à un autre ordre d'idées, fait voter par la section le projet de constitution d'une Société dermo-syphilitique, comme il en existe une maintenant en Amérique, ayant pour objet l'uniformité du travail, l'examen des nouvelles publications scientifiques, cliniques et thérapeutiques; enfin, l'emploi des mêmes termes dans les classifications des maladies cutanées.

Le *Porrigo decalvans*, qui doit sa nocivité au trichophyton, a été plusieurs fois observé par M. le professeur Casarmi, sans qu'il ait été possible de trouver trace de ce champignon.

M. le professeur Majocchi expose ses nouvelles recherches mycologiques sur l'Area Celsi parasitaire et profite de son tour de parole pour faire l'historique complet du fungus, découvert pour la première fois, dans cette affection, par Gruby, en 1543. L'orateur démontre toutes les particularités minutieuses du siège et de la disposition du microsporon dans le follicule pileux, dans sa gaîne, et fait connaître les diverses altérations histologiques qu'il produit dans ces parties.

Séance de la section de médecine du 22 septembre,
Président, M. le professeur Edouard Maragliano.

Un kyste hydatique de l'ovaire, constaté à l'autopsie par M. le docteur Generali, offre un très grand intérêt à cause de la rareté du fait. M. le professeur Giampietro a trouvé des échinocoques dans une tumeur liquide sous-maxillaire pouvant être prise pour un kyste ordinaire.

L'anémie des mineurs est devenue un sujet d'actualité médicale et a été l'objet de recherches attentives d'un certain nombre de médecins; M. le professeur Perroncito a traité magistralement cette question difficile; l'ankylostome qui la produit a été mis hors de doute par les travaux parus depuis quelques années à ce sujet, et aujourd'hui on peut guérir les malheureux mineurs avec l'extrait éthéré de fougère mâle, l'acide thymique, etc. L'orateur insiste sur les soins consécutifs à donner aux convalescents par les préparations de quinquina et de fer et par une nourriture riche en substances azotées. M. le professeur Perroncito a fait une longue enquête dans plusieurs bassins houillers de France et de Hongrie et dans les soufrières de Lercara, afin de savoir si partout les anchilostomes et les anguillules se rencontraient dans l'anémie des mineurs; partout, il a pu se convaincre que la maladie ne reconnaissait pas d'autre cause dans la majorité des cas.

M. le professeur Ferdinand Massei entretient l'auditoire sur la cure de la diphthérie. C'est par l'application rationnelle des moyens dont la science dispose depuis longtemps que ce médecin croit à la curabilité de ce terrible mal et non dans les prétendus spécifiques que la pharmacie livre trop souvent à la crédulité publique.

L'idée du docteur Generali de vêtir antiseptiquement (?) le médecin chargé d'un service de diphthériques est fort juste, mais est-elle pratique? Et cependant le médecin peut servir de collecteur et propager au dehors l'empoisonnement; qu'y faire?

Congrès de la Société de crémation,
tenu à Modène le 21 septembre 1882.

C'est en présence des membres du Congrès médical et des délégués d'un grand nombre de villes et de cantons que la séance est ouverte.

Le statut de la loi italienne sur les Sociétés de crémation est discuté et approuvé, et Milan est choisi comme siège du Comité central de la loi.

Les appareils d'incinération Siemens, Gorini et Vorini sont recommandés à l'assemblée. Dans un ordre du jour voté à l'unanimité, les membres de la Société de crémation expriment le désir que les restes du général Garibaldi soient réduits en cendres, à Caprera, le premier anniversaire de sa mort, cette opération n'ayant pu être faite à temps malgré la volonté expresse de l'illustre défunt.

Le second Congrès de cette Société, sur la proposition de M. le professeur Luigi Pagliani, se réunira à Turin en 1884 en même temps qu'aura lieu le Congrès des hygiénistes italiens.

Dr G. MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 mars 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

M. le baron Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Fort, de Rio-Janeiro, un travail relatif aux effets physiologiques du café; et, de la part de M. le docteur Armieux, une notice sur les ambulances de Toulouse pendant la guerre de 1870.

M. Bouley demande le renvoi à la Commission des prix Montyon d'un mémoire de M. le professeur Colin, d'Alfort, sur le processus inflammatoire de la péripneumonie.

M. Jamin, au nom de M. Rousseau, présente une note concernant la résistance que le verre recuit oppose au passage de l'électricité. Cette particularité a une importance considérable pour la construction, par exemple, des bouteilles de Leyde.

M. Daubrée entretient l'Académie de la chute d'une météorite pesant 200 kilog. qui a eu lieu, en Italie, le 16 février dernier.

M. Alphonse Guérin donne lecture d'un travail relatif à l'injection des capillaires par l'artère pulmonaire. Ce travail, sur lequel nous reviendrons, a été renvoyé à la section de médecine et de chirurgie.

M. L. Ferry, par l'entremise de M. Blanchard, envoie sur la lamproie marine, la note intéressante qui suit :

La lamproie qui fait l'objet de cette note habite ordinairement la mer, mais elle remonte les fleuves et les rivières au commencement du printemps pour y pondre ses œufs et retourne ensuite dans les eaux salées. Elle fait son apparition dans l'Allier dès les premiers jours du mois d'avril et redescend vers la Loire et la mer au mois de juillet.

La longueur des lamproies qui fréquentent la rivière de l'Allier varie de 0m,55 à 0m,60 ; nous en avons même une entre les mains qui mesure 0m,70 de la pointe du museau à l'origine de la caudale; sa grosseur, au milieu, est de 0m,15 de circonférence et de 0mm,168 au droit des branchies.

Nous avons été témoin d'un fait qui nous semble jeter un jour tout nouveau sur les mœurs de ce poisson. Dans les premiers jours du mois de juin 1874, un garde ayant pris dans l'Allier une lamproie dont la bouche était collée à un bateau près de Moulins, l'ouvrit, la dépouilla et plaça les œufs dans une grande terrine. Il pleuvait et le plat fut bientôt rempli d'eau. Vingt jours après environ, l'éclosion des œufs était complète ; nous prîmes quelques-unes de ces petites lamproies, mais elles périrent le lendemain.

Il ressort de ce fait que les œufs pris dans le ventre de la lamproie étaient déjà fécondés et avaient dû l'être dans l'intérieur de l'animal. On avait admis jusqu'à ce jour que, chez les lamproies, la fécondation avait lieu comme chez les autres poissons, c'est-à-dire que le mâle répandait sa laitance sur les œufs déjà pondus par la femelle. Les rapports entre mâles et femelles sont beaucoup plus intimes, et la fécondation doit se produire au moment où ils ont la bouche collée sur le même rocher ou le même arbre; on les trouve quelquefois dans cette position par groupes et il est facile de les prendre, car ils demeurent fixés et entrelacés quelque bruit que l'on fasse sur la rive.

Les œufs sont libres dans la lamproie ; c'est à l'époque de leur maturité, et par conséquent peu de temps après leur fécondation, qu'il sont pondus.

La lamproie observée avait été prise pendant la très courte période qui sépare la fécondation de la ponte; on conçoit dès lors qu'il soit assez difficile de se procurer une femelle remplissant ces conditions : aussi ne nous a-t-il pas été donné de renouveler cette expérience.

La fécondation des œufs par accouplement n'est pas spéciale à la lamproie ; on la retrouve parmi quelques poissons osseux : les blennies et les silures, et surtout parmi des cartilagineux, tels que les raies et les squales; toutefois, dans les blennies, les raies et les squales, la ponte ne s'effectue pas comme chez la lamproie ; l'œuf fécondé se développe dans l'intérieur de la mère et le petit en sort vivant. Chez les silures, les œufs sont pondus aussitôt formés, mais restent attachés sous le ventre ou sous la queue de la mère, et c'est alors que la fécondation a lieu. Chez tous ces poissons, le nombre des œufs est très restreint, à raison même du développement qu'ils doivent atteindre, tandis que, chez la lamproie, le nombre en est très considérable, puisqu'ils ne dépassent guère, lors de la ponte, la grosseur d'une graine de pavot et que l'ovaire garnit la presque totalité de la longueur du ventre de la lamproie.

A. Müller, de Berlin (*Annales des sciences naturelles*, 1856, t. V, p. 375), dans une étude sur la pickra et la glaner, a bien remarqué une espèce d'accouplement, mais il admet la fécondation des œufs à leur sortie du ventre de la femelle.

La ponte est terminée à la fin du mois de juin ou au moment de juillet, et les lamproies regagnent la mer; toutefois, beaucoup d'entre elles meurent par suite des fatigues qu'elles ont éprouvées; on les trouvent en assez grand nombre sur les grèves, l'épine dorsale desséchée, et présentant au toucher la forme et la consistance d'une corde raide et dure.

M. L.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 9 au 15 mars 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,209. — Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 13. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 38. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 48. — Phthisie pulmonaire, 238. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 87. — Bronchites aiguës, 53. — Pneumonie, 91. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 35; au sein et mixte, 33; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 120; circulatoire, 71; respiratoire, 102; digestif, 53; génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 9. — Après traumatisme, 4. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 11e semaine. — Il a été notifié, pendant la 11e semaine, au service de la statistique municipale, 1,413 naissances et 1,209 décès.

Ce dernier chiffre dépasse notablement la moyenne des décès des quatre dernières semaines, qui est de 1,184.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir :

Une aggravation pour la Variole (13 décès au lieu de 10), la Rougeole (18 au lieu de 9), la Coqueluche (13 au lieu de 7) ;

Une atténuation pour la Scarlatine (2 décès au lieu de 5), et la Diphthérie (38 au lieu de 46).

A l'égard des cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse des chiffres d'admissions légèrement supérieurs pour la période du 5 au 11 mars à ceux de la précédente. Ces chiffres sont : pour la Fièvre typhoïde, 61 au lieu de 58; la Variole, 33 au lieu de 24; la Diphthérie, 36 au lieu de 33.

L'élévation du taux de la mortalité constatée cette semaine est due : aux malformations, à la débilité des âges extrêmes, qui frappent tous les jeunes enfants et les vieillards au-dessus de 60 ans; — aux maladies de l'appareil cérébro-spinal et de l'appareil respiratoire. Ces dernières ont causé 102 décès, vingt de plus que pendant la semaine précédente. La Phthisie pulmonaire continue, elle aussi, à faire un grand nombre de victimes (245 pendant la 10e semaine, 238 pendant la 11e).

L'étude de la répartition locale des décès dus aux affections épidémique conduit à signaler :

Pour la Variole, le quartier de *Picpus* (4 décès) ;

Pour la Rougeole, le quartier de *Clignancourt* (3 décès); le quartier de *Montparnasse*, auquel 7 décès dus à cette affection ont été rapportés comme ayant atteint des enfants traités à l'hospice des Enfants-Assistés ;

Pour le Croup, les quartiers de *La Monnaie* et de *Saint-Ambroise* (chacun 3 décès).

Le chiffre des naissances suit une progression à peu près constante (1,380 pendant la 7e semaine, 1,254 pendant la 9e, 1,322 pendant la 10e); le nombre de 1,413 indiqué au présent Bulletin comprend, il est vrai, le rappel, pour la semaine dernière, des naissances déclarées à la mairie du 6e arrondissement, dont le relevé n'était pas parvenu au service en temps utile. Mais si l'on en défalque ces dernières, soit 40 environ, le chiffre des naissances constatées pendant la semaine qui vient de finir est encore d'environ 1,370, c'est-à-dire un des plus forts qui ait été atteint jusqu'ici.

FORMULAIRE

Pommade contre le lupus. — Lutz.

Iodure de potassium, bi-iodure de mercure, *āā*.	0 gr 50 centigr.
Axonge.	100 grammes.

F. s. a. une pommade, avec laquelle on pratique des onctions tous les trois jours, dans le cas de lupus tuberculeux. — L'acupuncture, les scarifications linéaires et le raclage sont souvent employés maintenant, et rendent de signalés services. — N. G.

Glycéré antinévralgique. — Huchard.

Chlorhydrate de morphine.	0 gr 10 centigr.
Glycérine pure.	10 grammes.

Faites dissoudre. — On touche la gorge plusieurs fois par jour, avec un pinceau imbibé de ce glycéré, dans le cas d'angine névralgique, qui s'observe parfois chez les personnes atteintes de la grippe. On prescrit en outre le sulfate de quinine à l'intérieur, à la dose 0 gr. 50 cent. à 1 gram. — N. G.

COURRIER

Les Ateliers de l'Imprimerie étant fermés lundi prochain, à l'occasion des fêtes de PAQUES, l'Union Médicale ne paraîtra pas le mardi 27 mars.

—

Hôpitaux de Paris. — Par décret en date du 7 mars 1883 :

« Le président de la République française,

« Vu la délibération en date du 30 décembre 1882, par laquelle le Conseil municipal de Paris, après avoir fixé le chiffre des subventions à allouer pour l'année 1883, sur le budget municipal à l'Assistance publique, a imposé à l'Administration la condition qu'il serait « procédé à la laïcisation de deux établissements hospitaliers pour le 1er avril, de deux autres pour

le 1er septembre, de deux autres pour le 31 décembre 1883 »; et que « les suppressions d'aumôniers votées par le Conseil municipal auraient leur effet à partir du 1er janvier 1883 » ;

« Vu une seconde délibération en date du 31 par laquelle le Conseil municipal modifie son premier vote en ce sens que l'Administration serait tenue de procéder, dans le courant de 1883, à la laïcisation de trois établissements hospitaliers (au lieu de six) comprenant un minimum de cent religieuses.

« Vu le décret en date du 31 décembre 1882, qui a réglé le budget de la ville de Paris;

« Vu la loi du 10 janvier 1849, et notamment les articles 1, 3 et 5 ainsi conçus :

« Article premier. — L'Administration générale de l'Assistance publique... est placée sous l'autorité du Préfet de la Seine et du Ministre de l'Intérieur. Elle est confiée à un directeur responsable sous la surveillance d'un Conseil...

« Art. 3. — Le directeur exerce son autorité sur les services intérieurs...

« Art. 5. — Le Conseil de surveillance est appelé à donner son avis sur... les règlements de service intérieur des établissements;

« Vu la loi 18 juillet 1837, articles 21 et 24;

« Vu la loi du 14 avril;

« Considérant que le Conseil municipal, appelé seulement à émettre son avis sur les comptes et budgets de l'Assistance publique et à formuler des vœux sur les questions d'intérêt local, ne peut rien prescrire, en ce qui concerne le régime intérieur des établissements hospitaliers sans empiéter sur les droits que le Directeur de l'Assistance publique, le Préfet de la Seine et le Ministre de l'Intérieur tiennent de la loi, et sans excéder, par conséquent, les limites de sa propre compétence;

« Que ce qu'il ne peut faire par voie de prescription directe, il ne saurait le faire en subordonnant à l'exécution de ses injonctions l'emploi des crédits de subventions sans lesquelles la distribution des secours publics à Paris devraient être suspendue;

« Que, dès lors, il y a lieu de supprimer comme illégales les conditions imposées dans les délibérations sus-visées;

« Décrète :

« Article premier. — Sont annulées les délibérations sus-visées prises par le Conseil municipal de Paris, à la date du 30 décembre 1882 et 31 janvier 1883, en tant qu'elles subordonnent l'emploi des crédits inscrits au budget municipal de la ville de Paris, à titre de subventions à l'Administration générale de l'Assistance publique, à l'exécution de mesures que le Conseil était incompétent pour prescrire, et que la loi remet à la décision des autorités préposées à l'Administration de l'Assistance publique.

« Art. 2. — Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret. »

— Par arrêté ministériel, en date du 20 février 1883, M. le docteur Monod, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien de l'hospice des Incurables.

Association générale des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu le 1er et le 2 avril prochain, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du Dimanche 1er Avril. — La Séance sera ouverte à *trois heures précises.* — 1° Allocution de M. le Président. — 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier. — 3° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général. — 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1882, par M. A Foville, secrétaire général. — 5° Election de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Gosselin, Jeannel, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Simonin, arrivés au terme de leur exercice, et de M. Woillez, décédé. — 6° Eloge de M. A. Latour, par M. Gallard, membre du Conseil général.

Banquet. — Le banquet aura lieu le Dimanche 1er Avril, *à sept heures précises,* dans les salons de l'hôtel Continental, rue Castiglione.

On souscrit directement ou par lettre, chez M. Brun, Trésorier de l'Association, 23, rue d'Aumale. — *Prix de la souscription* : 20 *francs.*

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 27 mars. — Le regretté professeur Lasègue a reçu, de la part de M. Potain, un juste tribut d'admiration et de respect. Les éloges prodigués à sa mémoire n'avaient rien de banal; en rendant hommage à ses brillantes et généreuses qualités, en faisant revivre un instant au milieu de nous cette figure originale et sympathique, ils traduisaient fidèlement des sentiments que tous nous avons partagés.

Après le discours de M. Potain et les applaudissements qui l'ont suivi, M. Peter monte à la tribune. Il ne s'agit plus guère de la fièvre typhoïde; c'est la doctrine pastorienne qui est mise en question, c'est ce colosse inattaqué jusqu'ici que M. Peter ne craint pas de faire trembler sur sa base.

Le microbe et son rôle dans l'organisme, aux yeux de l'orateur, c'est le *τι θεῖον* des grecs, le *quid divinum* des latins, mis au jour et devenu tangible. Reconnaissons d'abord qu'un véritable intérêt s'attache à ces travaux, et que par eux la chirurgie et l'obstétrique ont réalisé d'incontestables progrès. Ainsi commence M. Peter, comme s'il voulait parer sa victime avant de lui porter le coup mortel.

Et de fait, il faut rendre justice à la théorie microbienne, dût-elle perdre un jour la faveur dont elle est comblée aujourd'hui. L'idée de la *septicémie*, quelle que soit la forme précise de l'agent septique, suffit à merveille pour accepter les pratiques de la chirurgie moderne; mais aurait-elle suffi à Lister pour créer sa méthode? S'il n'avait pas eu la foi dans une doctrine absolue, s'il n'avait pas eu devant les yeux un ennemi invisible à poursuivre, aurait-il cherché avec tant de persévérance les moyens de le combattre? La théorie des germes a eu tout au moins le mérite d'exciter l'ardeur des chirurgiens et de concentrer sur un seul point leurs efforts, jusque-là disséminés et stériles.

Mais l'orateur doute que la médecine en tire d'aussi larges profits. Quel but se propose l'école de M. Pasteur? Atténuer les virus par l'action de l'air et du temps, et de ces virus « éventés et passés » faire des vaccins. Or, s'agit-il bien là d'une *vaccination*, au sens de l'idée jennerienne, qui voulait, par l'éclosion d'une maladie toujours bénigne, nous préserver d'une maladie grave? ce qu'on fait, c'est l'*inoculation*, telle que les Chinois la pratiquaient depuis des siècles; et ce n'est pas là une querelle de mots, car les virus modifiés, si bénins qu'ils paraissent, sont variables dans leurs effets, peuvent créer de nouveaux foyers de contagion, et malgré l'atténuation qu'ils ont subie, développer une maladie mortelle. Trousseau avait essayé cette méthode, pleine de périls et d'incertitudes, et bientôt il y renonça.

Ici la doctrine est serrée de près. Et d'abord, l'inoculation pastorienne confère-t-elle toujours l'immunité ? En second lieu, n'amène-t-elle jamais d'accidents? A ces deux questions répondent de nombreux documents : lapins, moutons et vaches, à Berlin ou à Turin, meurent d'une seconde inoculation après avoir été vaccinés, ou succombent d'emblée à l'action d'un virus qui devait les rendre invulnérables, et qui vient de Paris; mais celui qu'on envoie en 1882 n'a plus les mêmes vertus que l'année précédente. Ici, M. Pasteur déclare que le virus était trop faible, et qu'il faut recommencer; là, il invoque une réceptivité inattendue des races ovines de l'Allemagne.

L'orateur nous montre l'humanité, pour échapper à tant de maux divers, s'ino-

culant des virus par centaines, et recommençant tous les jours en présence des aveux de M. Pasteur sur la faible durée de l'immunité. Il expose les hypothèses et les dissidences des pastoriens, les formes diverses et les rôles incompatibles qu'on assigne à chaque vibrion. En terminant, il se félicite d'avoir amené ses adversaires sur le terrain qu'il avait choisi pour les combattre ; si la mêlée devient générale, de nouveaux documents et de nouveaux renforts viendront à son aide, et la victoire restera « aux gros bataillons, c'est-à-dire à la vieille médecine. »

Nous ignorons si la mêlée deviendra générale, mais à coup sûr elle n'est pas finie. M. Bouley, qui avait mardi dernier l'intention de garder le silence, a changé d'avis ; la doctrine dont il est le champion autorisé a été prise corps à corps, il veut la dégager d'une attaque trop pressante. L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

DES RAPPORTS DE L'INFLAMMATION AVEC LE TUBERCULE ;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 janvier 1883,

Par M. Kiener, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Suite. — (Voir le numéro nu 22 mars.)

II. — J'arrive au deuxième point dont je me suis proposé de vous entretenir : cette importante complication d'où vient-elle ? Est-ce la tuberculose qui appelle l'inflammation, ou est-ce l'inflammation qui appelle la tuberculose ; pourquoi l'inflammation est-elle modérée dans certains cas, redoutable dans d'autres ? Il ne suffit pas au clinicien d'être renseigné sur les relations anatomiques des deux produits morbides, il lui importerait d'être éclairé sur les rapports étiologiques des deux processus.

Cette deuxième question est plus élevée que la précédente, et de simples recherches anatomiques ne me donnent pas la compétence nécessaire pour la traiter devant vous ; elles peuvent cependant fournir à son égard quelques aperçus que j'indiquerai sommairement, si votre attention veut bien m'accorder encore quelques instants.

Une proposition qui découle de l'examen que nous avons fait de la tuberculose locale, c'est que la phlogose intense et notamment la suppuration n'appartiennent pas en propre à l'action du poison tuberculeux. J'ai essayé, dans une précédente communication, de démontrer devant vous qu'il n'y a pas deux tuberculoses, que c'est bien une seule et même affection qui produit dans un cas le tubercule local et curable, dans un autre une lésion organique progressive et la généralisation. Je n'ai pas à examiner si cette différence d'action est en rapport avec des états différents du microbe, si ce dernier est à l'état de bacilli dans le tubercule local, à l'état de spores dans les processus envahissants ; il n'existe point de données positives à cet égard. Ce qui est certain, c'est que le tubercule local contient toute la puissance du virus, comme le prouvent l'inoculation chez les animaux et l'au toinfection dont est menacé tout porteur de cette lésion. Si l'agent spécifique est dans un état d'inactivité, c'est qu'il y est maintenu par la résistance vitale de l'organisme.

Si donc nous voyons attaché à l'évolution tuberculeuse un processus inflammatoire intense, nous en devons chercher la raison non dans la qualité particulière du virus, mais dans les dispositions immanentes à l'individu et à l'organe, ou bien dans une cause extérieure dont l'action se superpose à celle du tubercule.

Il est hors de mon sujet de passer en revue l'étiologie générale de la tuberculose. L'expérience de nos prédécesseurs et notre observation journalière ont fait des causes secondes de cette maladie un vaste catalogue. L'influence héréditaire, le développement physiologique des organes et des appareils, l'épuisement de l'organisme par des maladies diverses, diabète sucré et autres, les peines morales et les fatigues physiques, toutes ces conditions, nous savons qu'elles établissent le consentement

de l'organisme au développement des germes, la prédisposition tantôt partielle, tantôt générale.

La seule chose que je veuille examiner c'est si ces causes ne sont pas également suffisantes pour expliquer la complication inflammatoire; en d'autres termes, si le tubercule, en se développant activement dans un tissu dont les éléments n'opposent aucune concurrence vitale à son progrès, peut, en raison même de la rapide multiplication de ses foyers, provoquer une inflammation périphérique avec exsudation fibrineuse ou suppuration.

J'ai en vue ici ces formes galopantes de la phthisie pulmonaire, qui parfois, sans autre cause connue que l'hérédité, débutent sans frisson, ni courbature, ni point de côté, mais par une petite toux d'abord sèche, et au bout de quelques jours présentent déjà les caractères manifestes de la pneumonie.

Ces formes galopantes de la tuberculose sont bien connues, et ne sont point spéciales au poumon, puisque nous en avons rencontré l'équivalent dans le système osseux. Dans le fait que j'ai cité, j'appelle votre attention sur cette circonstance que la tuberculose était primitive et dégagée de toutes les complications étrangères que j'indiquerai plus loin, mais que le sujet portait en soi la fâcheuse condition de l'hérédité. N'est-on pas fondé à déduire de pareilles observations, que, dans certaines conditions d'infériorité de l'organisme, le tubercule peut exceptionnellement provoquer des inflammations aiguës qui fournissent par un cercle vicieux de nouveaux aliments à l'évolution rapide et à la propagation du tubercule.

Une relation étiologique bien plus fréquente, à mon sentiment, est l'inverse. Dans bien des cas, c'est l'inflammation qui provoque le développement du tubercule, inflammation de cause extérieure, aiguë ou chronique, catarrhale ou suppurative, d'autant plus redoutable dans son association avec le tubercule qu'elle est plus durable et plus profonde. On n'a plus affaire à la tuberculose seule, mais à deux maladies, évoluant de concert, avec des forces inégales, proportionnées comme disait Torti.

C'est ainsi que la tuberculose du système osseux et des articulations inscrit fréquemment à son étiologie *le traumatisme*. Assurément cette cause est invoquée banalement par quelques malades, avec complaisance par quelques autres pour détourner le soupçon d'une maladie générale, mais les chirurgiens ne contesteront pas, je crois, que souvent une entorse ou une contusion bien avérées laissent apparaître dans le décours des symptômes inflammatoires les signes d'une tumeur blanche, d'un tubercule épiphysaire, dont les germes déjà présents dans l'économie ont été fixés dans la région et déterminés à se développer par l'affection traumatique.

Les affections catarrhales, et certaines maladies spécifiques comme la rougeole et la coqueluche, me fourniront un sujet plus médical, parce que c'est sur le poumon que nous verrons leur action se porter. Je n'ai pas de statistique précise, mais je crois bien pouvoir dire que la moitié au moins des phthisies pulmonaires que nous observons dans l'armée, commencent avec l'appareil symptomatique des affections catarrhales aiguës. En bonne santé, l'homme est pris de frissonnements, de courbature, d'une fièvre à exaspérations vespérales, avec urines uratiques, le tout accompagnant un gros catarrhe laryngo-bronchique, quelquefois une broncho-pneumonie. Au bout de quelques semaines, l'affection catarrhale étant apaisée, on reconnaît qu'elle a laissé au sommet d'un poumon un dépôt tuberculeux qui, dans la règle, se ramollit et fait caverne. Le tubercule, dégagé de sa complication inflammatoire, reste dès lors silencieux, guérit, ou du moins progresse lentement, jusqu'au moment où une nouvelle affection catarrhale réveille un état aigu, toujours beaucoup plus grave que le premier.

En somme, la phthisie pulmonaire, soit dans sa première invasion, soit dans ses recrudescences aiguës, présente à un haut degré le caractère d'une affection saisonnière ou climatique. Supprimez le rhume, vous réduirez la pandémie tuberculeuse à l'importance numérique moyenne des autres maladies; en Algérie, l'ensemble des affections tuberculeuses ne donne pas plus de mortalité que le cancer.

Il me reste quelques mots à dire des *suppurations* dans leurs rapports avec la

tuberculose. J'ai insisté sur ce fait que, dans le tubercule primitif, le pus est absent de tout le processus et n'apparaît qu'au moment où la nécrose est consommée. Nous avons, au contraire, trouvé à un haut degré le caractère inflammatoire et la suppuration dans les tubercules secondaires. On pourrait ici encore invoquer la débilitation de l'organisme acquise au cours même de la tuberculose; mais une condition plus topique mérite l'attention. Il est à noter que, lorsque ces tubercules secondaires apparaissent, l'organisme récèle déjà un séquestre enchâtonné, c'est-à-dire un foyer ancien, à la fois tuberculeux et suppurant, le plus ordinairement en communication avec l'air et par conséquent avec les germes extérieurs. Il est rationnel de penser que les emboles issus de ce foyer seront chargés d'une double propriété virulente, tuberculeuse et pyogène.

Toute plaie exposée peut devenir l'occasion de pareils accidents. Les tuberculoses pulmonaires ne sont pas rares à la suite des suppurations prolongées de cause traumatique, aussi bien qu'à la suite des tubercules locales. J'ai été frappé des caractères anatomiques de cette phthisie secondaire; il n'y a aucune progression méthodique des lésions du sommet à la base du poumon, mais des îlots disséminés dans tous les lobes, îlots d'hépatisation jaune, se ramollissant par une fonte puriforme; quelquefois ces îlots sont cunéiformes comme les infarctus, lorsque dans le foyer primitif une veine a été ulcérée.

Ces faits ont leur importance au point de vue de l'intervention chirurgicale. La tuberculose pulmonaire à marche rapide est dans les prévisions de toute opération chez un tuberculeux. J'ai en ce moment même, dans mon service, un jeune soldat qui a été envoyé à l'hôpital, le jour même de son incorporation dans l'armée, pour un épanchement pleurétique remplissant tout le côté gauche, et que la thoracentèse a montré être formée d'une sérosité trouble, laissant déposer par le repos une couche de leucocytes. L'état général était bon, l'apyrexie absolue; la maladie remontait à cinq mois, et n'avait nécessité qu'un séjour de quelques semaines dans un hôpital de la ville à son début; le poumon droit était parfaitement sain; et la nature tuberculeuse de l'affection ne pouvait être que soupçonnée. Après quelques essais infructueux de traitement par les ponctions capillaires et les vésicatoires, je me décidai à faire l'opération de l'empyème. A partir de ce moment, une petite fièvre d'accès se déclara; le onzième jour apparut au pourtour de l'orifice de la plaie une couronne de fongosités tnberculeuses; et au vingt-quatrième jour se produisaient sous la clavicule droite du souffle et des râles crépitants. N'ai-je point, en transformant une pleurésie couverte en pleurésie exposée, donné à l'activité de reproduction et de propagation du tubercule, l'appoint d'un facteur étranger, pyogène, venu du dehors?

Je dois, Messieurs, au terme de cette communication, m'excuser d'avoir fait un peu de spéculation à l'occasion des faits que j'ai étudiés avec M. Poulet. Il n'est peut-être pas sans intérêt, du moins, je pense, est-il permis à l'esprit de déduire des recherches de laboratoire quelques conséquences applicables à la clinique, en leur attribuant la valeur non de choses acquises, mais de choses à vérifier.

NOUVEAU TYPE DE CAUTÈRE-PAQUELIN.

Cet instrument est spécialement destiné aux opérations délicates de la chirurgie ignée : à la cautérisation des paupières et du globe de l'œil, à la cautérisation ponctuée, à la destruction des nœvi, etc.

Il satisfait aux diverses conditions qui sont indiquées dans la thèse du docteur T. L. Lavallée : *Sur la cautérisation ignée dans la thérapeutique oculaire*, thèse qui a été faite sous les auspices du docteur Abadie. (Voir *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 15 octobre 1882.)

1° La partie cautérisante de ce nouveau type de cautère est effilée en forme d'aiguille très fine et permet ainsi à l'opérateur de limiter à son gré l'action de l'instrument.

2° Cette partie a très peu de hauteur : il n'y a pas de chaleur au manche qui la supporte : celui-ci est de très petite dimension. De telle sorte que le chirurgien peut prendre un point

d'appui pour opérer, tenir l'appareil très près de son extrémité incandescente s'en servir comme d'un crayon et le diriger avec la plus grande sûreté.

3° L'incandescence du cautère est uniforme et soutenue, cela donne la liberté une fois la main en position, de la maintenir pendant toute la durée de l'opération au niveau de la partie sur laquelle on doit agir sans être obligé de la déplacer un seul instant et partant de pratiquer a cautérisation pour ainsi dire en un seul temps.

4° Ce cautère ne produit pas de rayonnement de chaleur.

Les différentes conditions sus-énoncées assurent :

La légèreté et la sûreté d'action de l'opérateur;

La rapidité d'exécution et la protection des parties saines.

BIBLIOTHÈQUE

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur et en particulier de leurs formes anomales, par M. Germain Sée, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris; deuxième édition; 1883. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La pathologie cardiaque est actuellement à l'ordre du jour et, pour justifier cette assertion, il suffit de jeter un coup d'œil sur les publications récentes de MM. Bucquoy et Peter, de MM. Maurice Raynaud, Potain et Rendu, dans les deux *Dictionnaires*, et tout récemment encore de M. Constantin Paul. L'épuisement rapide de la première édition du livre de M. G. Sée est un autre témoignage de l'importance des ouvrages sur les cardiopathies dans le mouvement de notre littérature médicale.

D'ailleurs, cette faveur date de loin et, seul, l'objectif des recherches s'est modifié avec le courant des idées et les progrès de la physiologie. L'œuvre des médecins de la première moitié de notre siècle consistait surtout dans le dénombrement, la localisation et la notation des bruits cardiaques. On était au lendemain de la découverte de l'auscultation. La gloire scientifique de ces laborieux observateurs est donc impérissable, puisqu'ils sont les révélateurs de la pathologie de l'hydraulique du cœur.

Cependant, ni l'anatomo-pathologie, malgré ses merveilleuses découvertes, ni les appareils enregistreurs, avec leur ingénieuse précision, ne donnaient la clef d'autres phénomènes symptomatiques des cardiopathies. A côté des signes physiques des lésions valvulaires, il existe d'autres troubles morbides. Les anciens médecins les avaient entrevus; leurs observations en font foi. Aussi, la clinique qui vit des faits et de la tradition, pouvait seule établir, sur de fermes assises, la pathologie de ces perturbations d'un autre ordre, c'est-à-dire de la dynamique du cœur.

L'œuvre de M. Germain Sée donne l'état actuel des connaissances modernes dans la majorité, sinon la totalité de ces cardipathies fonctionnelles. A ce titre, et par les nombreuses applications thérapeutiques qui la terminent, elle constitue un livre de médecine pratique. Enfin, comme l'auteur est de ceux qui font profession de tenir compte de la physiologie et de pratiquer la médecine expérimentale, il s'est efforcé de mettre les faits en accord avec les théories et de satisfaire à la fois les besoins cliniques, les appétits scientifiques du lecteur. C'est là un des côtés les plus originaux de ce livre, et un des éléments du succès de la première édition.

Entreprendre la description des formes anormales des cardiopathies exigeait, de la part d'un auteur, un vaste patrimoine d'érudition et les abondantes ressources d'une immense pratique. Il n'était pas inutile, assurément, de posséder en plus la magistrale autorité du professorat pour faire agréer de l'opinion médicale cette classification des *cardiopathies anormales* ou *larvées*, dans laquelle les troubles fonctionnels, dyspnée, hémoptysie, hydropisie, douleur, arhythmie, syncope, deviennent la note dominante.

Tentative hardie et légitimée par le succès. Aussi, dans la nouvelle édition, aux formes *dyspnéique*, *hémoptoïque*, *hydropique*, *fonctionnelle* et *cérébrale*, l'auteur ajoute deux types nouveaux : la forme *gastro-intestinale* et la forme *aiguë* ou *septique*.

Les cardiopathies de forme *gastro-intestinale* sont celles dont la nature a été établie par les travaux de Leared, Talamon, Teissier, Fabre (de Marseille), et dont l'existence a surtout été mise en évidence par les savantes recherches de M. le professeur Potain. Certes, même bien avant Stokes, que cite M. G. Sée, il serait possible de rencontrer des observations dans lesquelles les phénomènes gastriques étaient seulement des épisodes de cardiopathies plus ou moins frustes. Teale, par exemple, avait observé des associations morbides de ce genre; tant il est vrai qu'en clinique, la plus funeste des méthodes est celle qui consiste à faire table rase de

toute tradition. Elle n'a même pas le mérite de la nouveauté, après Paracelse, affolé d'orgueil et jetant au bûcher les livres de ses prédécesseurs !

La forme *aiguë* ou *septique* est l'endocardite ulcéreuse typhoïde, dont le diagnostic remplit une page de ce volume. Dans la savante discussion sur la pathogénie de cette maladie, M. G. Sée donne partiellement son adhésion aux idées de Klebs et de ses compatriotes. Pour Klebs, on le sait, les endocardites végétante et septique sont l'œuvre de microbes immigrant dans l'endocarde, après s'être fixés sur les valvules du cœur, sous forme de colonies de micrococcus. Appartiennent-ils « à la bonne espèce ». Ils sont l'origine des dépôts fibrineux et des végétations de l'endocardite simple. Mais voici que ces micrococcus « sont de la mauvaise espèce ». Au lieu de s'organiser, les dépôts de fibrine se désagrégeront. La nécrobiose des éléments anatomiques aura pour conséquence des pertes de substance de l'endocardite ulcéreuse et la mise en liberté de produits migrateurs.

C'est presque en souriant que M. G. Sée reproduit cette subtile distinction entre les microbes « de la bonne et de la mauvaise espèce ». Tout en adoptant les idées de Klebs sur l'endocardite septique, il fait de sages réserves relativement à la pathogénie de l'endocardite simple. Cette théorie est donc une théorie parasitaire mitigée. Pourquoi ne pas rayer alors l'endocardite septique du cadre des cardiophathies à forme anomale, et en faire une véritable maladie septicémique bactéridienne dont les altérations de l'endocarde ne seraient plus qu'un épisode?

Parmi les autres additions à la première édition, les plus importantes ont pour objet le diagnostic des *dyspnées pulmonaires*, la pathogénie du *rein cardiaque* et du *cœur rénal*, les formes *pulmonaires* dont la description a été complétée par l'adjonction de nouvelles observations et les *accidents ultimes des encéphalopathies cardiaques.*

Un chapitre est consacré aux travaux de Leyden, Riégel, Luckmann, sur ces types curieux du pouls qui ont reçu le nom de pouls *bigéminé* et pouls *trigéminé*. Leurs traces syrhygmographiques, dont le livre actuel contient quelques figures, se décomposent par segments, ayant tous les mêmes caractères. De là, les noms d'*allorhythmies* ou *arhythmies cadencées*. La découverte de ces singulières modalités est ancienne; elles avaient été signalées dès 1837 et 1838 par Pressat et Charcelay, comme le rappelle d'ailleurs M. G. Sée.

M. Peter, dans l'analyse critique de la première édition, a apprécié à cette même place, avec une plume alerte, le mérite des pages qui sont consacrées aux *palpitations cardiaques*. Nous n'insisterons donc pas après ce jugement, dont les lecteurs de l'UNION MÉDICALE ont certainement conservé le souvenir.

La *maladie de Graves* a pris définitivement place dans le volume actuel, parmi les *formes fonctionnelles*. Elle serait due à une paralysie du pneumogastrique, produisant l'exagération de l'activité et les lésions du cœur, et à une excitation des vaso-dilatateurs se manifestant par la dilatation active des vaisseaux. La description de cette maladie est suivie de celle des *formes asthériques*, c'est-à-dire des troubles fonctionnels du *cœur forcé*, du *cœur surmené*; en un mot de la *fatigue du cœur*.

Le chapitre de l'*angine de poitrine* a subi de considérables modifications et des additions sur le rôle pathogénique de l'*ischémie cardiaque*. La critique des doctrines anatomiques est vive, le jugement sur la théorie de la névrite cardiaque de M. Peter est bien sévère, et la réfutation du rôle pathogénique de la névrose du pneumogastrique est élégante assurément. Suffira-t-elle pour clore définitivement le procès de l'étiologie de l'*angor pectoris* en faveur de la doctrine de l'ischémie cardiaque?

Si les théories pathogéniques de cette affection sont nombreuses, les agents thérapeutiques préconisés contre elle, sont plus nombreux encore. D'après M. G. Sée et la majorité des médecins qui en font usage, la morphine et le nitrite d'amyle rendent de réels services dans le traitement des accès. Il est vrai que ce dernier a éprouvé quelques difficultés à faire son chemin dans l'opinion médicale. En 1879, M. G. Sée le regardait comme un médicament, « qui ne remplit qu'une partie des indications et ne répond pas à la principale ». Avec une franchise, rare assurément et par cela même très honorable, M. G. Sée revient aujourd'hui sur cette sévère appréciation, réhabilite ce médicament et le considère « comme un des moyens les plus actifs et les plus utiles ».

En retour, le chloral hydraté qui prenait rang après la morphine est abandonné définitivement, parce que ses effets « sur la circulation sont à peu près nuls dans ce cas; il n'y faut pas compter et, ajoute M. G. Sée, j'en ai abandonné l'usage. » Il faudrait avoir l'humeur maussade pour se plaindre de ces exécutions et des réhabilitations. Tout en ce monde est sujet à révision; la puissance des agents thérapeutiques n'échappe donc pas à cette loi commune et les législateurs de la matière médicale en ont sans doute prévu le cas.

D'ailleurs, à côté de ces suppressions légitimées par son expérience personnelle, l'auteur nous fait connaître les résultats de ses observations sur les nombreux médicaments car-

diaques, pulmonaires ou diurétiques. C'est ainsi que sont discutées les indications du sulfate de quinine, des sels alcalins, des bromures et des iodures, de la caféine, ce puissant diurétique cardiaque, du convallaria, dont les propriétés sont encore à l'étude, de l'erythrophleum et d'autres encore, dont le dénombrement a été complété dans cette nouvelle édition. Signalons enfin d'utiles chapitres sur l'*hygiène générale*, la *climatologie*, le *régime* et la *balnéation thermale* dans les cardiopathies.

En 1879, ce livre était un nouveau-né, à la physionomie originale et à la démarche décidée. Il possédait de plus la notoriété de son aristocratique lignée. Il fit donc, dès ses premiers pas, beaucoup de bruit dans le monde. Puis, peu à peu, à la curiosité des premiers jours succédait un succès d'estime et, finalement, malgré la nouveauté de ses allures, il prit une légitime place au milieu d'œuvres très méritantes assurément, mais, à coup sûr, d'une conception moins hardie. Aujourd'hui, le nourrisson de 1879 fait sa nouvelle dentition sous forme d'une seconde édition. Cette exubérante santé promet, d'ores et déjà, une troisième édition. Convenez donc avec moi que tout en n'abdiquant aucun des droits de la critique, très rares sont les livres de médecine dont on peut dire autant.

En terminant, il faut rendre hommage à M. le docteur Labadie-Lagrave, qui recueillant ces leçons en 1874 et 1876, et en rédigeant le texte original de ce livre, a contribué pour sa part au succès de cet ouvrage. — Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentations. — Rapport sur une observation de taille hypogastrique suivie de guérison. — Discussion sur la question de l'influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs. — Communication sur une opération de cancer de l'ombilic, avec ouverture du péritoine, suivie de guérison sans pansement antiseptique. — Lecture : Kyste à grains riziformes de la gaine radio-carpienne; ablation, guérison.

M. Trélat présente, pour le concours du prix Duval, la thèse inaugurale de M. le docteur Ramonède, intitulée : *Du canal vagino-péritonéal et de la hernie inguinale congénitale étranglée.*

— M. Monod fait un rapport sur un travail de M. le docteur Schwartz, relatif à une opération de taille hypogastrique suivie de guérison.

Le sujet de cette observation est un vieillard de 60 ans, atteint de calcul vésical, accompagné de cystite très intense avec état général mauvais. Le cathétérisme de la vessie permettait de constater l'existence d'au moins deux calculs volumineux; par le toucher rectal, il était facile de reconnaître que la prostate était le siège d'une hypertrophie très considérable; de plus, la vessie était intolérante au contact des instruments. Par suite de tous ces motifs : intolérance de la vessie, hypertrophie de la prostate, volume et multiplicité des calculs, cystite intense, M. Schwartz fut amené d'emblée, pour ainsi dire, à proposer et à pratiquer la taille hypogastrique plutôt que la lithotritie ou la taille périnéale.

Un bistouri et une sonde cannelée, avec le cathéter, suffirent pour cette opération qui se pratiquait d'urgence à la campagne. Elle fut faite avec toutes les précautions usitées dans la méthode antiseptique.

Le malade ayant été profondément endormi au chloroforme, on fit saillir le cathéter au-dessus du pubis, ce que la maigreur du malade rendait très facile, et, sur le cathéter, on pratiqua l'incision couche par couche de la paroi abdominale jusqu'à la vessie qui fut incisée à son tour. Un premier calcul fut extrait non sans peine, car il était enchâtonné dans la muqueuse vésicale hypertrophiée et formant un bourrelet tout autour de lui. Un second calcul encore plus volumineux et mesurant 3 centimètres 1/2 de diamètre fut également retiré de la vessie. Une sonde en caoutchouc rouge remplaça le cathéter et fut placé à demeure dans la vessie; on ne fit pas la réunion de la plaie vésicale entre les lèvres de laquelle fut placée une simple mèche. Les suites de l'opération furent des plus simples et le malade est aujourd'hui parfaitement guéri.

Le rapporteur montre, par ce nouvel exemple, que la taille hypogastrique est une opération facile et sûre; qu'elle est une ressource précieuse dans les cas où l'intolérance de la vessie ne permet pas de pratiquer la lithotritie, et qu'elle remplace avec avantage la taille périnéale rendue dangereuse par le volume des calculs, par leur enchâtonnement et par l'hypertrophie de la prostate.

— L'ordre du jour appelle la discussion soulevée par le travail de M. Verneuil, relatif à l'influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs.

M. Trélat dit qu'il a lu avec la plus grande attention le travail dans lequel M. Verneuil s'efforce de démontrer par les faits la vérité de cette idée générale émise par lui depuis long-temps déjà, à savoir qu'un traumatisme quelconque, accidentel ou chirurgical, survenant chez des individus atteints de lésions ou de maladies diverses, aggrave ces propathies et occasionne souvent la mort par suite de cette aggravation.

M. Verneuil a commencé par communiquer l'observation fort intéressante d'un malade présentant des manifestations nombreuses et variées de la diathèse scrofuleuse et de la diathèse tuberculeuse, et chez lequel avant et après une opération d'amputation de la jambe, la température et les urines furent soumises à un examen attentif, minutieux et patient, jour par jour, par M. Redard, chef de clinique de M. Verneuil. Ce malade était albuminurique et polyurique avant l'opération. Ces troubles de la sécrétion urinaire étaient en somme fort légers. Il est dit dans l'observation qu'après l'opération, le malade éprouva pendant deux jours de la fièvre, après quoi la température ne dépassa plus 37,05. Pendant ces deux jours de fièvre, la quantité d'urée fut trouvée un peu plus élevée que la quantité constatée auparavant, de 11 à 12 centimètres cubes pour 1,000, la quantité d'urée s'éleva à 16 et 17 pour 1,000. De même, la quantité d'albumine subit après l'opération une augmentation assez forte. Mais ce qui a dominé dans l'état du malade, c'est qu'il y a eu, après l'opération, une polyurie qui a duré onze jours, et pendant le cours de cette polyurie deux jours où le chiffre total de l'albumine a augmenté.

D'où M. Verneuil conclut que ce fait démontre l'influence aggravante du traumatisme opératoire sur l'état propathique de ce malade. Une telle conclusion ne paraît à M. Trélat se dégager nettement ni des détails de l'observation d'ailleurs très intéressante de M. Verneuil, ni du tableau des recherches patientes et des constatations laborieuses faites par M. Redard. Cette observation et ces recherches ont leur valeur sans contredit, mais elles ne sont pas de nature à entraîner la conviction sur la réalité de la conclusion déduite par M. Verneuil.

Un chirurgien hollandais a fait la remarque que les nombreuses communications faites par M. Verneuil dans les divers Congrès scientifiques, où il a porté la question de l'influence du traumatisme sur les états propathiques, avaient été écoutées avec une déférence et une attention polies, comme il convenait à l'égard d'un chirurgien tel que M. Verneuil, mais qu'elles avaient été accueillies silencieusement et n'avait pas soulevé de discussion. M. Trélat croit pouvoir expliquer ce silence qu'il a lui-même observé jusqu'à ce jour, par ce fait que dans toutes ces communications M. Verneuil, tout en faisant connaître de très grandes vérités cliniques, fruits de sa vaste expérience, avait en même temps la prétention de les ériger en lois générales, si bien que les chirurgiens disposés à applaudir les grandes vérités enseignées par M. Verneuil, se tenaient cependant sur la réserve ne voulant pas se laisser entraîner après lui à une généralisation trop hâtive. Ils acceptaient les faits très intéressants de M. Verneuil, tout en repoussant d'instinct ses lois trop générales.

Ainsi fait M. Trélat; il accepte les faits de M. Verneuil, mais il repousse la loi. Cette loi, suivant lui, n'est pas aussi générale que le pense M. Verneuil; elle s'applique mal à tous les faits; elle n'est vraie que partiellement.

Dans les autres observations citées dans le travail de M. Verneuil, la mort des malades est expliquée par l'aggravation de l'état antérieur de ces malades, aggravation due, suivant M. Verneuil, au traumatisme opératoire. M. Trélat voit bien que les malades sont morts, mai il ne voit en aucune façon que leur état antérieur se soit aggravé.

Si M. Verneuil disait : Voilà un cancéreux, on l'opère, le cancer s'aggrave et le malade succombe, donc l'opération a aggravé l'état antérieur, la conclusion serait logique; mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans les observations recueillies par M. Verneuil.

Dans un cas, il s'agit d'un diabétique qui a eu le pied écrasé par une roue de voiture; on lui pratique l'amputation tibio-tarsienne; il va bien le premier jour, mais, le lendemain, ses forces commencent à décliner, il tombe dans la prostration, il a du subdelirium et succombe dans la nuit; où est, dans ce cas, l'aggravation de la maladie anterieure, du diabète? Dire avec M. Verneuil que l'état antérieur du malade s'est aggravé jusqu'à la mort, serait faire un véritable abus de raisonnement.

Autre fait. Voici un malade affecté de hernie étranglée; il est maigre, sans vigueur, sans résistance, anémié par une dyspepsie ancienne; on l'opère, il meurt ou plutôt s'éteint deux jours après, à la suite d'une petite hémorrhagie suivie de syncope. L'autopsie n'a pu être faite, mais la percussion indiquait un foie exigu, diminué de volume par altération cirrhotique. Peut-on conclure que ce malade a succombé à l'aggravation de la cirrhose du foie? En aucune façon; il est mort parce qu'il manquait de ressort physique, de résistance vitale par suite de

l'état de profonde anémie dans lequel il avait été plongé par sa dyspepsie ancienne, voilà tout.

Dans une quatrième observation, il s'agit d'un individu atteint d'une maladie du foie ; il se fait une plaie par écrasement de l'orteil ; il entre à l'hôpital, d'où il sort, au bout de quelques semaines, sa plaie étant cicatrisée ; mais il lui reste encore, au moment de sa sortie, une douleur dans le pli de l'aîne ; cette douleur s'accroît au bout de quelques jours, le malade est obligé de s'aliter et de rentrer de nouveau à l'hôpital ; à ce moment, il a un vaste phlegmon du pli de l'aîne ; l'abcès est ouvert et fournit une grande quantité de pus, après quoi la fièvre tombe, l'état général devient meilleur, la suppuration a diminué ; mais, au bout de quelques jours, la fièvre se rallume sans cause appréciable, ou plutôt sans cause appréciée ; le visage prend une légère teinte subictérique, les urines présentent une coloration noire et le malade finit par succomber.

A l'autopsie, on trouve le foie augmenté de volume ; le péritoine contient huit litres de sérosité louche, une collection purulente existe dans la fosse iliaque, etc.

Malgré toute sa déférence pour la grande autorité de M. Verneuil, M. Trélat ne voit pas, dans ce fait, de la preuve que le malade ait succombé à l'aggravation de sa maladie du foie par le traumatisme du gros orteil. Ce malade était tout à fait digne de mourir ; il avait, pour cela, les meilleures raisons du monde, et la mort s'explique naturellement par la collection purulente de la fosse iliaque et par la péritonite consécutive.

En résumé, M. Trélat voit, dans les quatre exemples cités par M. Verneuil, des individus atteints d'états pathologiques plus ou moins graves ; sous l'influence de ces états pathologiques antérieurs, un traumatisme accidentel ou chirurgical prend une gravité extrême au point d'aboutir à la mort des malades ; mais on ne voit pas que le traumatisme ait aggravé la lésion de la maladie antérieure et que ce soit par le fait de cette aggravation que les malades aient succombé. C'est l'état morbide préexistant au traumatisme qui a rendu celui-ci mortel, et non pas l'aggravation de la maladie préexistante par le traumatisme qui a occasionné la mort.

M. Trélat déclare qu'il accepte parfaitement la quatrième conclusion du mémoire de son collègue ainsi libellée : « Il est nécessaire, pour soigner une blessure, entreprendre une opération, en porter le pronostic, en assurer le succès, de poursuivre sans doute l'asepsie et l'apyrexie, mais de s'occuper avec un soin égal du malade et de l'état organique dans lequel il se trouve. » Mais il n'admet pas avec M. Verneuil que le traumatisme aggrave les états pathologiques préexistants, et que ce soit à cette aggravation que les malades succombent. Avec une certaine différence dans la forme, au fond l'opinion de M. Trélat se trouve d'accord avec la conclusion pratique de M. Verneuil, touchant la nécessité de tenir compte des états pathologiques préexistants soit chez les blessés, soit chez les opérés.

A l'appui de sa proposition, M. Trélat communique deux observations.

Le pronostic des opérations pratiquées chez les diabétiques est beaucoup moins grave que celui des opérations pratiquées chez des individus atteints de cancer viscéral. On a pratiqué, par exemple, un très grand nombre de fois avec succès, l'opération de la cataracte à des diabétiques. M. Trélat, pour sa part, a ouvert deux fois des anthrax, une fois un phlegmon diffus du membre inférieur à des individus atteints de diabète grave, et le succès a couronné l'opération. Mais il n'en est pas moins vrai que le chirurgien doit, en pareil cas, agir avec une extrême prudence et soumettre préalablement son malade à un traitement propre à faire disparaître ou du moins à diminuer notablement le diabète, à relever les forces, etc.

Quant aux scrofuleux et aux tuberculeux, la question devient très délicate. Cependant M. Trélat pourrait montrer deux tuberculeux chez lesquels il a pratiqué des opérations graves telles que l'amputation de la cuisse et l'ablation d'une tumeur du maxillaire supérieur, et qui sont aujourd'hui dans les conditions de santé les plus prospères. L'opération, opportunément pratiquée, a singulièrement amélioré l'état général de ces malades.

Dans les cas de ce genre, il est extrêmement difficile de préciser exactement la limite entre l'opportunité et l'inopportunité de l'intervention opératoire ; on peut dire cependant que lorsqu'il existe des désordres très considérables du côté des organes internes, il convient généralement de s'abstenir de toute opération.

M. Trélat désire, en terminant, dire quelques mots d'un point particulier touché dans la communication de M. Verneuil et qui est relatif à la comparaison de la chirurgie française avec la chirurgie étrangère. L'orateur rappelle ce qu'il a eu déjà l'occasion de dire des chirurgiens français : hommes instruits, judicieux, habiles, parfaitement au courant des recherches et des travaux qui se font à l'étranger, supérieurs peut-être aux chirurgiens des deux mondes pour ce qui concerne l'examen attentif des malades, l'étude patiente des maladies, l'appréciation exacte et consciencieuse des indications et des contre-indications opératoires, toutes choses qui se font moins bien ou trop vite à l'étranger. Mais notre organisation chirur-

gicale, notre outillage nous placent dans des conditions d'infériorité vis-à-vis de la chirurgie étrangère.

Enfin, il est surtout un point par lequel la France est inférieure aux autres nations c'est celui du culte et du respect pour ses illustrations chirurgicales. A Londres, lorsqu'un banquet a été organisé pour honorer la mémoire de l'un des plus grands chirurgiens de l'Angleterre, de John Hunter, les princes de la famille royale, les chefs du gouvernement, les membres de la chambre des lords et de la chambre des communes, les généraux, les amiraux, tout ce qui compte, en un mot, dans l'aristocratie de cette grande nation, se sont fait un honneur d'y assister. Chez nous quel contraste et quelle différence!

—

M. Desprès communique une observation de tumeur cancéreuse de l'ombilic, du volume d'une grosse châtaigne, qu'il a enlevée chez un vieillard de 75 ans. En disséquant la tumeur préalablement circonscrite entre deux incisions en croissant, M. Desprès s'aperçut qu'elle pénétrait dans la cavité péritonéal à travers l'anneau ombilical. Il fallut donc ouvrir le péritoine pour extirper complètement la tumeur, après quoi M. Desprès attira une portion d'épiploon dans l'anneau pour en faciliter la réunion et l'y fixa par quelques points de suture. La réunion eut lieu par première intention dans presque toute l'étendue de la plaie; le neuvième jour, la guérison était complète après la chute de la ligature et de l'épiploon.

Cette observation démontre que l'on peut faire sans danger l'ablation des tumeurs de l'ombilic pénétrant dans le péritoine, et que les malades peuvent guérir sans le pansement de Lister, car personne n'ignore que M. Desprès ne fait jamais le pansement antiseptique, qu'il considère comme inutile. Il s'est borné, chez son malade, à appliquer sur la plaie une large bande de diachylon comme dans les fractures de côtes. L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé.

M. Nicaise a eu l'occasion d'enlever une tumeur fibro-papillaire de l'ombilic qui pénétrait dans le péritoine comme dans le cas de M. Desprès. Après avoir fendu la tumeur couche par couche sur la ligne médiane et s'être assuré qu'elle pénétrait dans la cavité péritonéale, il pratiqua l'ablation des deux moitiés de la tumeur en même temps que l'anneau ombilical lui-même; il étala ensuite l'épiploon dans la plaie et réunit par quelques points de suture. La malade, femme de 40 ans, a guéri sans accident.

M. Tillaux fait observer qu'il n'est pas possible d'enlever une tumeur de l'ombilic sans ouvrir le péritoine, attendu qu'il existe, entre la peau et le péritoine, au niveau de l'anneau ombilical, une union intime; cette adhérence du péritoine à la peau explique pourquoi la hernie ombilicale n'a pas de sac. Il faut donc toujours s'attendre à ouvrir la cavité péritonéale quand on enlève une tumeur de l'ombilic.

M. Tillaux ne croit pas, en second lieu, qu'il soit nécessaire d'attirer l'épiploon dans la plaie qui succède à l'ablation pour en faciliter la réunion. Il suffit de pratiquer la suture comme dans la laparotomie, le péritoine s'adossant nécessairement à lui-même dans la réunion des deux lèvres de la plaie.

M. Polaillon a pratiqué trois fois la suture de l'anneau ombilical, à la suite de l'opération de la hernie ombilicale, et trois fois il a obtenu la réunion complète de la plaie. Bien que cet anneau soit constitué par du tissu fibreux et peu vasculaire, comme il y a, derrère lui, le péritoine, la réunion par première intention peut s'effectuer et se maintenir solidement, quoi qu'en dise M. Desprès. Si dans l'opération de la hernie ombilicale, on contourne la cicatrice ombilicale, c'est pour ne pas rencontrer la veine de ce nom qui persiste dans certains cas et pourrait devenir la source d'hémorrhagies.

M. Pozzi dit que l'expérience ne permet pas de révoquer en doute la cicatrisation de l'anneau ombilical lorsqu'il a été divisé; ce n'est pas d'ailleurs le seul tissu fibreux dont les plaies se cicatrisent ainsi, témoin la cornée qui n'a cependant pas de vaisseaux, tandis que l'ombilic possède un lacis vasculaire important. L'interposition de l'épiploon dans la plaie, ainsi que l'a fait M. Desprès dans son opération, n'est qu'une difficulté de plus qu'il s'est gratuitement créée.

— M. Schwartz, chirurgien des hôpitaux, présente un malade dont il lit l'observation intitulée : *Kyste à grains riziformes de la gaîne radio-carpienne, ablation, pansement de Lister, guérison.* (Comm. : MM. Tillaux, Gillette et Nicaise, rapporteur.) — A. T.

FORMULAIRE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA SCLÉRITE. — WICHERKIEWICZ.

Incision parallèle au bord cornéen, sur une étendue de 12 à 15 millimètres, dans la conjonctive recouvrant la tumeur. Raclage avec la curette tranchante (de Lüer) du tisssu morbide sous-jacent, spongieux et très saignant, jusqu'aux parties saines de la sclérotique. — Adamück vante les incisions multiples dans la partie enflammée de la sclérotique. — Elles semblent convenir particulièrement dans la forme aiguë et subaiguë de la sclérite, où les vaisseaux inter et episcléraux sont gorgés de sang et le tissu fort plus ramolli. — Dans les formes chroniques et plus avancées, où il s'est opéré une exsudation de lymphe plastique dans les mailles du tissu, quand la sclérotique est épaissie, hypertrophiée, et que son tissu se désagrège, le raclage mérite la préférence. — N. G.

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE. — P. SPILLMANN.

Dès que, sous l'influence du décubitus, une rougeur apparaît et annonce la gangrène, on ave les parties suspectes avec des liquides astringents, de la décoction de chêne additionnée d'acétate de plomb et d'alcool, avec du vin, du jus de citron. On peut appliquer du papier brouillard huilé, de la baudruche, du silc phéniqué, pour constituer un véritable épiderme protecteur.

Lorsque la gangrène est déclarée et qu'elle est sèche, il peut y avoir intérêt à respecter les parties momifiées, qui protègent pendant un certain temps les tissus profonds. Si elle est humide, il faut à tout prix, placer le malade dans une position appropriée, de manière à détacher les parties gangrénées, soit à l'aide de cataplasmes, soit par l'intermédiaire de fomentations aromatiques. — Lorsque dans les différentes formes de gangrène spontanée et sénile la gangrène s'est emparée de tout un pied ou de la jambe, l'expectation semble donner les meilleurs résultats; on ne peut songer à l'amputation, que lorsque le sillon de démarcation est nettement formé. — Qand la gangrène se produit chez les diabétiques sous l'influence du traumatisme, le chirurgien intervient le plus souvent, tandis qu'il doit toujours s'abstenir, dans le cas de gangrène spontanée. — N. G.

COURRIER

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, et proclamation des noms des élèves nommés internes par suite du concours ouvert en 1883 pour entrer en fonctions le 1er avril 1883.

La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1883, aura lieu le jeudi 29 mars 1883, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1883.

NÉCROLOGIE. — Le docteur Arthaud, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, est mort le 17 mars 1883, à l'âge de 69 ans, des suites de l'affection cardio-pulmonaire qui, depuis plus d'un an, avait altéré sa santé. Ses obsèques ont été célébrées au milieu d'un grand concours de savants et d'amis. Conformément à ses habitudes de modestie et d'abnégation, le professeur Arthaud avait voulu qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe, au grand regret de ses collègues de la Faculté et de la Société de médecine, qui eussent préféré qu'un des leurs mit en relief, dans cette triste solennité, le savoir, l'expérience, la courtoisie et l'élévation de caractère de cette nature d'élite.

M. Arthaud avait conquis dans le monde médico-psychologique une notoriété de bon aloi. Pendant 42 ans il a consacré ses forces, ses aptitudes et son dévouement à améliorer la condition physique et morale des aliénés. C'est à l'internat de l'Antiquaille, créé en 1830 et inauguré par lui, qu'il conçut un goût très vif pour la psychiatrie. Durant les trois ans de scolarité à l'école de Paris qui succédèrent aux deux années d'internat, il fréquenta assidûment les leçons déjà célèbres de Falret à la Salpêtrière, qui montrait ainsi à ses successeurs le parti à tirer des richesses nosologiques de ce vaste établissement. Sa thèse soutenue à l'âge de 22 ans, sur le siège et la nature des maladies mentales, est la résultante de sa double initiation à l'Antiquaille et à la Salpêtrière.

Le professeur Arthaud était doué d'une activité en rapport avec son amour du bien. Malgré

ses fonctions médico-administratives, il a pu s'associer aux travaux du Conseil d'hygiène et de salubrité pendant trente ans, à ceux de la Société de médecine de Lyon, qu'il a présidée en 1868 et 1869. Il a pris une part prépondérante à la fondation de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux, etc.

— A l'occasion des obsèques de M. le professeur Lasègue et des vacances de Pâques, la Faculté sera fermée du 22 mars au 1er avril. Les cours, examens et travaux pratiques reprendront le lundi 2 avril 1883.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DES COLONIES A AMSTERDAM. — Sur l'initiative de l'Association néerlandaise pour l'avancement des sciences médicales, il a été décidé que, à l'occasion de l'Exposition internationale coloniale à Amsterdam, une Exposition coloniale médicale sera ouverte en même temps, et qu'un Congrès international de médecins s'y réunira du 6 au 8 septembre 1883.

Pour préparer les travaux du Congrès, le Comité d'organisation s'est efforcé de chosir quelques *questions*, qui lui ont paru dignes d'intérêt, au point de vue de l'exercice de la médecine dans les colonies et dans les pays intertropicaux, ainsi que certaines questions médicales qui s'y rattachent. Il a invité des rapporteurs pour préciser l'état actuel de chacune de ces questions dans des conclusions qui serviront de base à la discussion. Ces conclusions, ainsi que le programme définitif, seront publiés avant l'ouverture du Congrès.

Les questions choisies par le Comité sont :

1° Les Quarantaines ;

2° Education spéciale des médecins des colonies ;

3° Hygiène des professions, cultures et métiers insalubres dans les colonies ;

4° Des modifications que subissent certaines maladies, et en particulier les maladies infectieuses, sous l'influence des climats tropicaux.

5° De la phthisie dans les colonies et les climats tropicaux ;

6° Du traitement des maladies exotiques et tropicales dans les climats tempérés.

Le Comité d'organisation se compose de MM. le professeur Stockvis, président; le docteur Guye, vice-président; le docteur Van Leent, secrétaire général; le docteur J. Coronel, secrétaire adjoint; A. Cochius, secrétaire adjoint; le docteur J. Zeeman, trésorier.

Les auteurs qui voudraient faire des communications en dehors du programme sont priés d'en indiquer le sujet au Comité dans le plus bref délai, afin qu'on puisse en faire mention dans le programme définitif qui paraîtra au mois d'août prochain et sera envoyé à tous ceux qui en auront fait la demande au secrétaire général.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu le 1er et le 2 avril prochain, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du Dimanche 1er Avril. — La Séance sera ouverte à *trois heures précises.* — 1° Allocution de M. le Président. — 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier. — 3° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général. — 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1882, par M. A Foville, secrétaire général. — 5° Election de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Gosselin, Jeannel, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Simonin, arrivés au terme de leur exercice, et de M. Woillez, décédé. — 6° Eloge de M. A. Latour, par M. Gallard, membre du Conseil général.

BANQUET. — Le banquet aura lieu le Dimanche 1er Avril, *à sept heures précises,* dans les salons de l'hôtel Continental, rue Castiglione.

On souscrit directement ou par lettre, chez M. BRUN, Trésorier de l'Association, 23, rue d'Aumale. — *Prix de la souscription : 20 francs.*

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche, 1er avril 1883, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure. Des malades seront, autant que possible, présentées aux élèves.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

SUR LE

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN

PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1)

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ),

Par le docteur G. RICHELOT père,

Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

OBSERVATION V. — Menstruation tardivement établie; règles toujours irrégulières ou insuffisantes. Grossesse et accouchement en apparence naturels. Douleur considérable dans la région de l'utérus et de ses annexes, qui s'est manifestée dès les premiers temps après l'accouchement. Engorgement du col et probablement du corps. Pas de traitement pendant environ deux ans. Guérison prompte après trois cautérisations avec le caustique Filhos et quelques applications de la pierre infernale comme astringent.

Madame E..., Italienne, âgée de 30 ans, grande, paraissant bien constituée, cependant lymphatique et présentant un peu d'anémie, mariée depuis 3 ans, m'a consulté en mars 1860. Avant son mariage, jusqu'à l'âge de 18 ans, sa santé avait été bonne et elle avait eu de belles couleurs. Réglée à 14 ans pour la première fois, ses règles avaient toujours été irrégulières; et, depuis l'âge de 18 ans, elles étaient devenues insuffisantes. En même temps, la jeune personne avait de fréquents malaises et de fréquentes migraines. La mort de son père arrivée quand elle avait 23 ans, a été suivie d'une aggravation de son état maladif. Alors sont survenues des palpitations. Mais il n'y a pas eu de flueurs blanches.

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 mars.

FEUILLETON

CAUSERIES

Elle ne manque pas d'une certaine gaîté, la campagne entreprise contre le laboratoire municipal de chimie. C'était assurément un progrès que la création de ce laboratoire, bien que son utilité restàt toujours très inférieure à celle d'un bureau d'hygiène, comme le modèle nous en est fourni par la ville de Bruxelles. Mais on organise plus facilement un laboratoire de chimie, opérant et analysant sur place, qu'un bureau d'hygiène poussant ses investigations dans tous les recoins de la fourmilière parisienne. Voilà pourquoi nous avons eu la chimie municipale avant l'hygiène officielle.

C'était déjà quelque chose que cette vérification des produits alimentaires mise à la portée du public, et faite par des hommes compétents et munis des moyens de recherche les plus perfectionnés. Quelle satisfaction pour le bourgeois de Paris, de pouvoir s'assurer si son café au lait est authentique, ou bien s'il ne représente qu'un mélange de suc de chicorée (côté de la cafetière), et de cervelle de cheval triturée (côté du pot à lait) ! Il semblait donc que tout dût aller pour le mieux, grâce aux révélations du laboratoire municipal; le consommateur averti aurait eu le loisir de changer ses fournisseurs; et ceux-ci, mis à l'index par les découvertes de l'analyse chimique ou du microscope, auraient fait vœu de pureté en matière de denrées coloniales. C'était la virginité reconquise pour l'épicerie et autres industries similaires.

Seulement, comme la publicité donnée aux opérations du laboratoire municipal pouvait

Elle s'est mariée vers l'âge de 27 ans, toujours souffrante, et le mariage n'a pas remis sa santé. Devenue enceinte un mois après son mariage, elle a eu des vomissements pendant les cinq premiers de sa grossesse. Mais à la fin de celle-ci, elle a pris de l'embonpoint et de bonnes couleurs. D'après son récit, l'accouchement aurait été naturel, et elle a nourri son enfant avec succès et sans éprouver rien de sérieux pendant neuf mois. Ses règles se sont rétablies pendant les deux derniers mois de sa nourriture.

Tout de suite après l'accouchement, lorsque la malade a essayé de se lever, elle a été prise, dans le ventre, de douleurs telles qu'elle ne pouvait pas se tenir debout. Il s'est déclaré une maladie qu'on a dénommée *inflammation d'entrailles*, et qui a été combattue par des applications de sangsues. Puis, la douleur s'est localisée dans le pli de l'aîne gauche, et a rendu la marche impossible. Cette souffrance du pli de l'aîne se faisait encore sentir parfois lorsque la malade m'a consulté.

En mars 1860, la malade était pâle, amaigrie, les yeux cernés, en proie à la tristesse. L'appétit était mauvais; il y avait une constipation opiniâtre; des palpitations. Cependant, la malade dormait bien la nuit. Les règles venaient assez régulièrement, mais toujours en retard, peu abondantes et peu colorées, et alternaient avec des flueurs blanches. Les reins et le bas-ventre étaient le siége de souffrances que la fatigue exaspérait. Lorsque la malade marchait, il lui arrivait souvent d'être obligée de s'arrêter par les douleurs de reins. Les maux de cœur étaients fréquents. Tous les symptômes augmentaient aux époques, et ces époques s'annonçaient par une éruption confluente d'aphthes dans la bouche.

La matrice ne paraissait pas notablement abaissée, ni déviée; son corps était à peine incliné en avant. Mais son col était engorgé, volumineux, ramolli, saignant, à surface rouge et granuleuse. Le doigt pénétrait largement dans sa cavité.

Traitement. — Le 14 mars, une première cautérisation avec la pierre infernale produisit peu d'effet.

Le 19, cautérisation profonde du col avec le caustique Filhos. La malade ne pouvant pas rester très longtemps à Paris, il fallait agir promptement. Cette cautérisation a été suivie de douleurs très vives dans les reins, dans l'hypogastre et dans les cuisses. La malade a été obligée de garder le lit pendant quelques jours. Après ces accidents calmés, elle a été soumise à l'usage du vin de quinquina et des préparations ferrugineuses. Pour combattre la constipation, elle a pris tous les matins une petite dose d'eau de Sedlitz avec un succès complet. Peu à peu et rapidement, retour de l'appétit, bonnes digestions, teint plus coloré, caractère plus gai, forces pour marcher, douleurs des reins très diminuées.

La chute de l'eschare a laissé une plaie profonde, dont la cicatrisation a été hâtée par plusieurs applications du crayon de nitrate d'argent.

Le 11 mai, cette cicatrisation était complète, le col était lisse, mais la lèvre postérieure faisait une saillie anormale au devant de la lèvre antérieure, de manière que l'orifice du col

---

faire du tort au commerce, le commerce s'est insurgé, et en sa qualité de puissance, il a posé ses conditions dans les termes suivants : Vous ferez des analyses tant qu'il vous plaira, vous décélerez dans vos articles les fraudes les plus subtiles, les mélanges les plus invraisemblables, mais vous n'en direz rien, et tout cela restera sous le boisseau. Cette ingénieuse combinaison, qui a tout de suite été acceptée, tend évidemment à réduire à leur minimum les inconvénients des indiscrétions de la chimie. De sorte que s'il y a désormais quelque chose de plus caché que les fraudes des marchands, ce sera précisément le travail destiné à faire connaître ces fraudes et à en détourner le public. Voilà donc les chimistes condamnés à manipuler dans l'ombre et le mystère, comme de faux monnayeurs; n'est-ce pas que cette application imprévue du secret professionnel est une assez jolie trouvaille?

L'alarme était grande dans le camp des débitants, car non seulement les chimistes s'obstinaient à mettre les pieds dans le plat, mais à leur suite les publicistes se complaisaient à étaler la liste interminable des fraudes portant sur les aliments et les boissons. En fin de compte, ce qui se mange et ce qui se boit arrivait à ne plus se composer que de choses ni mangeables ni buvables. Il était temps d'arrêter ce débordement de mauvais propos, grâce auxquels tous les restaurateurs et marchands de vin semblaient accusés de descendre des Borgia; ce n'était plus la fiole, c'était le patient qui aurait fini par être agité avant de s'en servir.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que fleurit l'art de travailler les liquides, et ses adeptes peuvent revendiquer une haute antiquité. Sous Charles VI (il est vrai qu'il était fou), ceux qui faisaient des mélanges de différents vins étaient condamnés à être battus de verges. La même peine serait inapplicable à notre époque, d'abord en raison de la douceur incontestable de nos mœurs, et ensuite à cause du fâcheux spectacle que donnerait la procession des fustigés.

regardait en haut. Dans ces conditions, une cautérisation assez énergique avec le caustique Filhos fut pratiquée sur la lèvre postérieure exclusivement.

Le 16, une nouvelle cautérisation avec le caustique Filhos fut jugée nécessaire sur la même lèvre postérieure.

Le 30, la conformation du museau de tanche était parfaite. Un point rouge, non cicatrisé, saillant, sur le milieu de la lèvre postérieure fut touché avec la pierre infernale. A cela près de quelques maux de reins, la santé paraissait bien rétablie. La malade retourna dans sa patrie, après un traitement de deux mois et demi.

REMARQUES. — L'observation qui précède nous offre une maladie utérine qui avait certainement pour cause prédisposante une condition pathologique de la matrice, révélée par l'établissement tardif de la menstruation et par l'irrégularité et l'insuffisance des règles. Cet état maladif habituel n'a pas été un obstacle suffisant à l'imprégnation, mais il a pu, aidé peut-être par des causes accidentelles que la malade n'a pas fait connaître, empêcher l'involution consécutive à l'accouchement de s'accomplir normalement, et déterminer l'engorgement inflammatoire du corps et du col.

Ce qui domine dans ce cas intéressant, c'est l'action curative rapide de la cautérisation avec le caustique Filhos, la chute de l'eschare laissant une plaie profonde par où l'organe s'est dégorgé, en même temps que l'excitation produite par le caustique donnait une impulsion nouvelle et durable aux phénomènes de nutrition intime, et le museau de tanche, sculpté, si l'on peut ainsi dire, par le caustique, reprenant sa forme anatomique naturelle.

L'action de la pierre infernale s'est bornée à réprimer les bourgeons charnus et à hâter la cicatrisation de l'ulcère artificiellement produit.

A suivre.

BIBLIOTHÈQUE

BOTANIQUE CRYPTOGAMIQUE PHARMACO-MÉDICALE par M. le docteur Léon MARCHAND. Paris, 1883, A. Doué.

Depuis quelques années, la botanique cryptogamique, longtemps délaissée au profit de l'étude des plantes phanérogames, plus attrayantes par leur forme et leur couleur, est de nouveau en faveur dans le monde des biologistes. Il faut avouer que cette science a le charme de

---

Quant à l'opération qui consiste à baptiser le vin, elle a été mise en musique et glorifiée par Halévy au premier acte de la Juive, quand le peuple en liesse chante un air à boire en l'honneur de son bon souverain,

Qui fait pour lui soudain
Que l'eau se change en vin.

Si déjà le vin de Falerne laissait à désirer au temps d'Horace, il est certain que les falsifications de tous genres ont atteint de nos jours un degré de recherche et de perfection qui les rend presque respectables. Pour n'en citer qu'u seul exemple, on conviendra que celui-là n'était pas le premier venu, qui eut naguère l'idée de contrefaire les truffes avec des rondelles de mérinos, et d'en farcir les pieds de cochon. Pourtant, je crois me souvenir que les tribunaux eurent le mauvais goût de chercher noise à cet inventeur. On sait combien sont légendaires les déconvenues de tous les inventeurs.

De même qu'il y a, en pathologie mentale, le délire des grandeurs et le délire des persécutions, il y a aussi une variété non encore décrite qui n'attend que son tour pour être classée sous le nom de *délire des falsifications.* Elle n'est point rare, et je crains que l'agitation récente sur ce sujet n'en ai augmenté les victimes. Ces victimes sont généralement de la famille de M. Prudhomme, et leur monomanie, tout à fait systématique, consiste à croire que tout est falsifié, et qu'à Paris surtout on ne mange et ne boit rien de naturel. Il y a des gens qui, pour cette seule raison, se réjouissent de ne point habiter Paris, tandis qu'en province, et à plus forte raison à la campagne, tout est de bon aloi. Inutile d'ajouter que pour cette classe intéressante de délirants, cette invasion de la fraude dans tous les commerces est un

l'inconnu et qu'elle peut fournir aux chercheurs une ample moisson de découvertes. Et puis, dans l'étude des êtres vivants, elle a permis de trouver le terrain commun qui forma les confins des trois règnes classiques. C'est là en quelque sorte le pôle nord des sciences naturelles.

Chacun y cherche la route qui doit définitivement relier le domaine de chacun de ces règnes, établir entre eux des relations permanentes, en un mot, les origines de la matière organisée. D'une plume élégante, M. Marchand a donné l'exposé des théories et la critique des opinions si diverses des zoologistes et des botanistes, relativement à leur manière de concevoir l'organisation et l'évolution de la matière vivante. Tel a été l'objet de l'Introduction à la *Botanique cryptogamique*, introduction dont la lecture sera lue avec profit et par tout esprit dépourvu de préventions et avide de science. C'est que M. Léon Marchand est amoureux de la botanique qu'il cultive, et il est plein d'une foi robuste dans l'avenir des sciences naturelles!

La seconde partie de ce volume est consacrée à l'étude des *ferments protorganisés et protophytes*. Les microbes végétaux ou animaux, peu importe le rang qu'ils occupent dans l'un ou l'autre des deux règnes, ont pris dans la pathologie une place aussi grande que petite sont leurs dimensions. De là l'importance de l'étude organographique et physiologique de ces êtres vivants. Elle n'est plus seulement théorique, elle devient pratique.

C'est à ce point de vue que sont décrits les *Schyzomicètes*, les *Schyzophycètes pathogènes, zymogénes* et *chromogènes*, et les *Blastêmes*. C'est assez dire qu'on trouve dans ce volume de nombreux détails sur les *ferments de la digestion*, les *venins*, les *ferments pathologiques*, les *virus*, les *ferments cadavériques*, etc., etc.

L'espace nous fait défaut pour poursuivre cette analyse. D'ailleurs ce volume est le premier d'un important ouvrage, nous aurons donc à y revenir; mais, en terminant, nous signalerons le passage suivant qui porte l'empreinte de l'esprit de sagesse et de prudente critique dans lequel ce volume a été écrit; de plus, il ne manque pas d'une certaine saveur d'actualité : « Il semble donc juste que la médecine parasitaire ou microbiotique reste ce qu'elle « a toujours été, un *simple département de la pathologie générale*. Il faut se garder d'exagé« rations dangereuses... La médecine est obligée, pour progresser, d'entr'ouvrir ses portes à « beaucoup de profanes qui l'aident de leurs connaissances dans les matières diverses qui « sont les fondements sur lesquels elle s'apppuie. Quelques-uns, heureux d'apporter « leurs travaux, laissent à ceux qui sont compétents le soin d'en tirer parti; cela est « bien, mais, malheureusement, *il n'en est pas ainsi de tous; certains, par exemple, parce « qu'ils ont fait bouillir de l'urine dans des ballons* ou *bien parce qu'ils ont empoisonné « quelques lapins s'arrogent le droit de discuter pathologie*. Cela est fâcheux, ajoute M. Mar« chand, car si la science chimique leur doit des découvertes, la *science médicale doit leur « imputer bien des erreurs.* » — Ch. E.

---

signe des temps, et un des plus graves; n'allez point leur faire observer, l'histoire en main, que nos pères en étaient tout aussi menacés; vous ne les convaincrez pas, et ils persisteront dans leur idée fixe de sophistication et de signe des temps.

Ils ne sont que trop souvent dans le vrai; le vin à la fuchsine ou à la litharge, le pain à l'alun, la bière à la noix vomique et les grains de café en terre glaise sont autant d'objets des transactions les plus importantes, bien que ne figurant pas dans les traités de commerce ou sur les tarifs de douane. Il est certainement désagréable de penser à tous ces intrus, qui peuvent se glisser comme trouble-fête dans tous nos repas. Mais, en somme, avons-nous bien le droit de nous montrer si difficiles, si chatouilleux sur la pureté de nos ingesta, quand on songe aux épreuves qu'ont dû subir les choses que nous avalons avec le plus de confiance, épreuves qui ne présentent assurément aucun caractère lustral? On a dit depuis longtemps qu'on cesserait de manger de la meilleure cuisine si on la voyait faire, et c'est malheureusement vrai.

Croyez-vous qu'il nous arrive souvent d'absorber quelque chose d'absolument pur et sans tache? Examinons un peu. Où trouverez-vous de l'eau qui n'ait jamais été exposée au moindre contact déshonorant? Au fond des bois sans doute, à une source limpide, filtrant à travers un rocher ou sur du sable fin. Mais tout le monde n'habite pas au fond des bois, et même le nombre des hommes sauvages, pouvant se désaltérer sans arrière-pensée, diminue de jour en jour. En dehors de ce cas particulier, quand votre verre d'eau vous sera venu par les canaux dans lesquels on se baigne, par les tuyaux de conduite, par la fontaine de votre cuisine, et enfin par votre carafe, pensez-vous que ce soit encore de l'eau tout à fait pure? Alors, me direz-vous, buvons de l'eau de pluie; celle-là ne peut être suspecte, elle vient du ciel. Vous tombez mal, car l'eau de pluie ayant fait la lessive de l'atmosphère, nous appporte les détritus

1° FRAGMENTS D'OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE, par M. le docteur BAUDRY. — Paris, 1883; Berthier.

2° SIMULATION DE L'AMAUROSE ET DE L'AMBLYOPIE, par M. le docteur BAUDRY. Paris, 1882; Berthier.

Ces deux ouvrages sont l'œuvre d'un médecin qui connaît toutes les difficultés de la clinique, et qui veut mettre ses confrères à même de les résoudre pratiquement. La *blépharite*, le *granulome palpébral*, la *conjonctivite purulente* des nouveau-nés, la *conjonctivite granuleuse*, la *kératite vasculaire*, maladies qu'on rencontre fréquemment, ont été étudiées avec soin au point de vue du diagnostic et du traitement. C'est assez dire que les préceptes donnés par l'auteur, et qui sont le résultat de ses propres observations, sont à la portée de tous les médecins qui ne font pas une spécialité de l'ophthalmologie. M. Baudry n'est donc pas de ceux qui volontairement rendent l'abord de leur art favori, très difficile à approcher, éloignant ainsi les profanes. Loin de là, l'ophthalmologie usuelle, exposée par sa plume toujours élégante et concise, est une science nécessaire à tous et rendra à chacun les plus grands services. Espérons qu'un succès mérité accompagnera des efforts si dignes d'intérêt et d'une telle utilité pratique.

ETUDES SUR LES CORPS ÉTRANGERS SPÉCIAUX AUX OUVRIERS DE LA MÉTALLURGIE, par M. le docteur GUERMONPREZ. — Paris, J.-Baillière; 1883.

Dans ce mémoire, notre estimé confrère de Lille s'est surtout efforcé de faire connaître les complications lointaines des blessures par pénétration de parcelles métalliques dans les tissus, accidents fréquents dans les établissements métallurgiques. L'atrophie partielle du membre et la gêne des mouvements professionnels sont à redouter, mais la première serait souvent curable, même sans extraction du corps étranger, au moyen d'exercices gymnastiques et de la galvanisation combinés avec des frictions et le repos. Ce mémoire est écrit au point de vue clinique; il sera lu avec intérêt par les praticiens. Il témoigne une fois de plus de l'activité toujours laborieuse de M. le docteur Guermonprez.

ONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ARTHROPATHIES ET DES INFLAMMATIONS TUBERCULEUSES PÉRI-ARTICULAIRES, par M. le docteur ZANNELLIS. — Paris, 1883; Henry.

Les conclusions de ce mémoire inaugural sont les suivantes : 1° Le tubercule est un produit de la scrofule tertiaire, et la tuberculisation de la synoviale articulaire est secondaire le plus souvent d'une tuberculose générale ou d'une tuberculose localisée aux tissus péri-articulaires; 2° les formes anatomiques de la tuberculose des articulations sont au nombre de trois : confluente, discrète et caséeuse, auxquelles correspondent les trois formes cliniques : aiguë, chronique et caséeuse. Nous n'insisterons pas sur les conclusions relatives au traite-

---

de la respiration des animaux et des plantes, et une foule d'objets variés, sans compter une dose appréciable d'ammoniaque.

Et le pain, le bon pain, le plus savoureux de tous les régals! Nous exigeons, et à juste titre, qu'il soit fait avec de la farine, et rien que de la farine. Mais cette farine est pétrie par messieurs les mitrons, dans le costume primitif que vous savez. On s'imagine aisément les échanges qui peuvent s'établir entre la pâte et l'épiderme des pétrisseurs. Bien plus, il a été prouvé que le meilleur pain, le mieux levé, le plus appétissant est celui qui a été tant soit peu humecté de sueur avant la cuisson. Détail naturaliste, mais véridique, qui prouve une fois de plus que tout se tient dans la nature et surtout que rien ne se perd.

Quant au vin de pur raisin, c'est encore un euphémisme; si les boulangers pétrissent le pain avec leurs mains, les vignerons, hélas! fabriquent le vin avec leurs autres extrémités, de sorte que le jus de la treille, même le plus naturel, est fortement humanisé, quand nous en faisons nos délices; je vous dis enfin, que si l'on pensait à tout cela, on se mettrait à perpétuité au régime du docteur Tanner.

Ainsi, bien avant les préparations qui relèvent de la chimie et de la droguerie, nos aliments et nos boissons ont tous plus ou moins circulé, et subi des contacts, des arrangements, des additions qui relèguent leur pureté absolue à l'état de chimère. Les fruits sont mieux partagés, eux qui ne doivent rien qu'à l'officine de la nature; mais l'homme a de si drôles d'idées, qu'à peine a-t-il connu les prunes, il a éprouvé le besoin de les mettre à l'eau-de-vie. Les œufs, avec leur coquille blanche, symbole de candeur, paraissent préservés aussi des mauvaises rencontres; mais il faut en rabattre, car avant de revêtir son enveloppe protectrice, l'œuf n'a pas toujours été immaculé, dans les lieux qui l'ont vu naître.

Si maintenant nous passons des produits relativement simples, comme le pain et le vin, aux

ment et à l'évolution de cette affection. En tout cas, ce mémoire à le mérite de l'opportunité, en ce moment surtout où la pathogénie générale de la tuberculose est à l'ordre du jour.

L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. Husson (de Toul), récemment élu membre correspondant.

2° Un extrait du testament de M. Jules Cloquet, par lequel il lègue à l'Académie la nu-propriété de son buste en bronze.

3° Une note sur la mortalité infantile à Corbeil, par M. le docteur Surbled. (Com. d'hygiène de l'enfance.)

4° Une lettre invitant l'Académie à se faire représenter à l'inauguration du monument qui doit être élevé à la mémoire de Bufalini dans sa ville natale, à Céséna.

—

M. Jules Guérin présente, au nom de M. Louis Figuier, le nouveau volume de l'*Année scientifique* (1882).

M. Filhol (de Toulouse), membre correspondant, lit un travail intitulé : *Analyse de l'eau minérale et des boues de Dax. Établissement des Baignots.*

—

M. le docteur Mottet lit un travail intitulé : *Des délires instantanés, transitoires, consécutifs à des crises épileptoïdes, au point de vue médico-légal.*

« A côté de l'épilepsie, dit l'auteur, ayant avec elle d'étroites affinités, existe un groupe nombreux de troubles cérébraux, à forme vertigineuse ou convulsive, qui sont à la maladie-type, ce que les accidents rhumatoïdes sont au rhumatisme proprement dit; ils en peuvent rappeler certains aspects, ils en diffèrent par beaucoup d'autres; il leur manque cette sorte de fatalité pathologique qui n'appartient qu'aux états constitutionnels et qui fait que leurs retours les représentent toujours identiques à eux-mêmes.

« Longtemps confondus avec l'épilepsie, ces troubles cérébraux tendent à en être séparés aujourd'hui, grâce à la sévérité plus grande des observations cliniques et à la découverte féconde de la loi pathogénique de l'épilepsie, qui se peut ainsi formuler, d'après M. Lasègue :

---

résultats plus complexes de l'art culinaire, c'est un volume qu'il faudrait pour décrire l'obscure génération des sauces, des ragoûts, des hachis, des pâtés dont il faut cependant bien nous contenter. Point n'était donc besoin d'un laboratoire spécial pour nous apprendre que nous sommes *omnivores*, ce qui n'était déjà que trop largement prouvé, et ce qui n'absout en rien les industriels peu scrupuleux qui confectionnent des tablettes de chocolat avec du foie de bœuf grillé, et du sucre en poudre avec de l'amidon.

Et quand on songe, par dessus tout cela, que la moindre bouchée de quoi que ce soit est encore saupoudrée à l'infini de microbes, qui portent dans leurs flancs exigus la rage, la peste, le charbon, la tuberculose et le reste, vraiment il y a de quoi désespérer à tout jamais de la boisson et de la nourriture.

***

Vainement je chercherais à vous le dissimuler plus longtemps; j'ai composé un mot nouveau, pour le langage médical. Quand nous voulons parler d'une gêne de la respiration, nous avons le mot *dyspnée*, très clair et très commode; mais quand il s'agit d'une gêne de la circulation, ou mieux du fonctionnement du cœur, nous n'avons pas de terme qui corresponde exactement à celui de dyspnée; il nous faut recourir alors aux mots *asystolie* ou *arythmie*, qui ont un sens trop spécial, trop limité pour désigner l'ensemble des troubles cardiaques. C'est pour combler cette lacune que je propose le terme *dyscardie*, qui serait tout juste le pendant, l'équivalent de la dyspnée, et qui servirait à désigner toute gêne dans l'action du cœur, sans en préjuger en rien ni la nature ni les causes. Dans le langage, dyspnée et dyscardie se trouveraient fréquemment accolés, comme le sont en réalité les troubles fonctionnels désignés par ces deux mots.

« L'épilepsie vraie reconnaît pour cause une malformation du crâne. Cette malformation n'appartient pas à l'enfance, mais à la période de consolidation des os du crâne. Elle se développe de la douzième à la vingtième année; elle a pour expression symptomatique la plus habituelle, l'asymétrie de la face, indiquant l'asymétrie de la base du crâne, laquelle entraîne des compressions irrégulières, et sans compensation possible, de la base du cerveau.

« Partant de cette donnée, il a fallu éliminer du cadre infiniment élargi de l'épilepsie, tout ce qui avait avec elle des rapports de ressemblance.

« Parmi ces variétés, la plus importante, peut-être, au point de vue médico-légal, c'est l'épilepsie traumatique, qu'elle soit ou non sous la dépendance d'une déformation de la paroi crânienne.

M. Lasègue a proposé d'appeler « cérébraux » ces malades dont les fonctions cérébrales ont été troublées et chez lesquels tout malaise, toute excitation se traduit par un retentissement vers l'organe primitivement lesé. Ce ne sont pas des aliénés au sens propre du mot, ce sont des malades d'une espèce particulière, qu'on devine en quelque sorte, qu'on aide à reconstituer leur propre histoire pathologique, qui commença à un accident souvent oublié.

« L'observation de tous les jours révèle bien les bizarreries de leur caractère, les singularités de leurs actes, l'instabilité de leur humeur; mais la plupart du temps, la famille seule en reste le témoin discret; elle cache ses inquiétudes aussi longtemps qu'elle le peut. Correct encore dans le monde, le malade s'y maintient assez en équilibre pour que l'attention des indifférents ne soit pas éveillée, jusqu'au jour où, subitement, sans avertissement, un fait, énorme au point de vue de l'oubli des convenances sociales, tranchant par sa brutalité avec les habitudes de celui qui l'a commis, vient révéler le désarroi profond d'une intelligence depuis longtemps déjà compromise.

« Mais si, comme il arrive souvent, le trouble est transitoire, si le malade reprend vite les apparences qui avaient jusque-là suffi à tout le monde, l'étonnement une fois passé, le jugement devient sévère; on ne veut pas croire à un état morbide que tous ont méconnu, dont la réalité paraît d'autant plus suspecte, que la crise aura été de durée plus courte. Et lorsque, pendant l'accès, se sera produit l'un de ces actes, délictueux ou criminel, qui mènent leurs auteurs devant la justice, il se pourra que l'on considère comme un coupable, un malade dont les explications embarrassées, les dénégations même seront prises pour un système de maladroite défense. Une aventure toute pathologique aura son dénouement en cour d'assises, s'il ne se trouve pas quelqu'un de clairvoyant qui vienne dire : Celui que vous accusez est un malade, je réclame pour lui un examen médico-légal. »

M. Mottet cite deux exemples, de date récente, appartenant à cette variété de délire épileptoïde.

Les traumatismes cérébraux, dit-il en terminant, et leurs conséquences éloignées ou prochaines, valent d'être étudiées à fond. Ils sont d'ailleurs, pour la pathologie mentale, ce que fut autrefois la paralysie générale, un lien qui la rattache au reste de la pathologie, dont il

---

Je sais bien qu'il ne faut pas abuser des néologismes, témoin Piorry, qui en avait imaginé tout un dictionnaire, dont il n'est pas resté une syllabe. Mais l'absence du mot en question m'ayant parfois arrêté dans certaines rédactions, je l'ai d'abord fabriqué pour moi-même, et je le livre généreusement à mes contemporains. Le besoin ne s'en faisait peut-être pas vivement sentir; je n'affirmerais pas non plus qu'il soit irréprochable, comme construction et au point de vue du grec, car j'ai un peu perdu l'usage de cette langue. Peut-être aussi existe-t-il déjà, et se retrouverait-il quelque part, étant tombé en désuétude. Somme toute, je me fais peu d'illusions sur l'avenir de ma découverte.

Mais, que voulez-vous, on est toujours flatté d'avoir découvert quelque chose, quand bien même ce n'est ni le Pérou ni le fil à couper le beurre.

LUBANSKI.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours pour la nomination à deux places de prosecteur s'est ouvert le vendredi 16 mars à midi et demi. Le jury se compose de MM. les professeurs Béclard, président ; Duplay, Richet, Sappey et Verneuil, juges. Les candidats, au nombre de seize, sont : MM. Barette, Berne, Broca, Coudray, Guinard, Hache, Mesnard, Michaux, Ozenne, Poirier, Pousson, Ricard, Truffier, Verchère, Walther et Wickham.

HOSPICE CIVILS DE ROUEN. — Un concours public pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 15 juin 1883, à trois heures et demie. — Les candidats devront se faire inscrire avant le 1er juin, à la Direction. — Enclave de l'hospice général, — où ils trouveront tous les renseignements sur le programme et les conditions d'admission.

importe de ne la séparer jamais si l'on veut se prononcer avec quelque certitude dans ces délicates questions médico-légales.

—

Sur l'invitation de M. le Président, M. Potain donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Lasègue.

Cet éloquent discours, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, prononcé avec une émotion communicative et écouté avec une attention profonde, est salué à la fin par des applaudissements unanimes et redoublés.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde. — La parole est à M. Peter pour la continuation de son discours.

L'orateur aborde, comme il l'avait annoncé, l'examen de la doctrine de M. Pasteur.

M. Peter a dit déjà et il croit devoir répéter encore, que la découverte des éléments matériels des maladies virulentes ne jetait pas de grandes clartés soit sur l'anatomie pathologique, soit sur l'évolution, soit sur le traitement, soit surtout sur la prophylaxie des maladies virulentes.

Cependant, il n'est que juste de proclamer ici qu'on doit aux recherches de M. Pasteur les applications pratiques les plus utiles en chirurgie comme en obstétrique. C'est parce qu'il connaissait les recherches de M. Pasteur que Lister (il le reconnaît lui-même) a eu l'idée d'inventer son ingénieux mode de pansement. C'est grâce à ce procédé et à des procédés qui s'en inspirent, auxquels sont associés d'ailleurs *mille soins de propreté minutieuse*, que sont dues la disparition à peu près complète de l'érysipèle traumatique, de l'infection purulente et la diminution de la fréquence de la fièvre puerpérale.

Les mêmes bienfaits seront-ils réalisés dans le domaine de la pathologie interne proprement dite? C'est ce que l'on espère et que M. Pasteur a tenté de réaliser par sa méthode de l'*atténuation des virus* et de l'*inoculation des virus atténués*.

L'atténuation des virus est obtenue par M. Pasteur sous la double action de l'air et du temps. En réalité, le virus ainsi atténué n'est autre qu'un virus *éventé* et *passé*.

Ce virus ayant ainsi perdu une grande partie de sa virulence pourrait être inoculé et déterminer des accidents sans gravité; il mettrait à l'abri de la maladie virulente spontanée. On fait une première inoculation avec un virus très éventé, puis une seconde avec un virus qui l'est moins.

M. Peter critique l'expression de vaccination appliquée à l'inoculation des virus atténués. L'idée de Jenner, le père de la vaccination, avait été d'inoculer à l'homme une maladie toujours bénigne de la vache, le cow-pox, analogue à une maladie grave de l'homme, la variole, et destinée à préserver l'homme de cette maladie grave.

Mais la méthode de M. Pasteur n'est pas une vaccination, c'est une inoculation; c'est un retour à l'inoculation telle qu'on la pratiquait, il y a plus d'un siècle, avant la découverte de Jenner, et qui s'inspirait d'une pratique en usage de temps immémorial chez les Chinois. Ne pouvant modifier à volonté le virus varioleux, les inoculateurs s'efforçaient de modifier le support vivant et de le placer dans des conditions telles qu'il lui fût possible de subir l'inoculation varioleuse sans grand dommage pour l'organisme.

Dans ces derniers temps, un médecin illustre, Trousseau, préoccupé de la crainte que le vaccin Jennérien ne vînt un jour à manquer, avait eu l'idée de revenir à l'inoculation de la variole en se plaçant dans les conditions les meilleures pour obtenir une variole artificielle, moins grave que la variole spontanée et destinée à servir de préservatif contre cette dernière.

Trousseau prit mille précautions dans le but d'atténuer le virus varioleux et de le rendre moins actif. Il choisissait des sujets ayant des varioles légères et inoculait le pus virulent à des individus actuellement dans un excellent état de santé.

Malgré ces précautions, que nul mieux que lui n'était capable de prendre, Trousseau observa des accidents qui le forcèrent d'abandonner cette pratique de l'inoculation.

Quels furent ces accidents? Ce furent des éruptions générales survenant à la suite de l'inoculation, et, qui pis est, des éruptions de varioles se communiquant à des individus non inoculés. Il voyait le virus atténué reprendre son énergie primitive après une série d'inoculations; résultat en contradiction avec les idées alors généralement reçues et d'après lesquelles le virus allait s'atténuant de plus en plus avec les transmissions successives.

Ainsi, d'une part, la crainte de communiquer, par l'inoculation, des varioles graves, d'autre part la possibilité de voir des individus inoculés devenir des foyers de contagion, empêchèrent Trousseau de continuer ses expériences.

Il n'est donc pas douteux que le support vivant n'exerce une action considérable sur l'évolution de la maladie inoculée, et il peut arriver que le virus inoculé, quelque atténué qu'il soit, modifié par le support vivant, produise une maladie susceptible de devenir mortelle.

M. Peter communique une série nombreuse de documents qui démontrent : d'une part, que les inoculations par les virus atténués de M. Pasteur ne procurent pas toujours, tant s'en faut, l'immunité contre les maladies virulentes dont ils sont censés devoir préserver les inoculés ; d'autre part, que ces inoculations peuvent être suivies d'accidents plus ou moins graves et même mortels.

Des souris, des lapins, des cochons d'Inde ont été inoculés par M. Philippeaux avec le virus charbonneux atténué de M. Pasteur et, cependant, ces inoculations ne leur ont pas conféré l'immunité pour le charbon. M. Weber a communiqué à la Société centrale de médecine vétérinaire de Paris, le 8 juin 1882, les résultats d'expériences pratiquées, en 1881, sur des moutons, des vaches, des chevaux ; parmi ces animaux inoculés avec le prétendu vaccin charbonneux de M. Pasteur, un bon nombre sont morts à la deuxième inoculation faite avec le virus atténué fort. M. Pasteur n'a rien répondu à la communication de M. Weber, il a parlé à côté de la question. Il y a cependant un passage de son discours qui ne manque pas d'intérêt ; c'est celui où M. Pasteur évalue la durée de l'immunité produite par les inoculations préventives, à *une* année environ !

D'après les résultats, communiqués par M. Koch (de Berlin), d'inoculations pratiquées sur les moutons avec le virus charbonneux atténué de M. Pasteur, il y aurait eu, à la suite de ces vaccinations, une mortalité de 10 à 15 p. 100 sur ces animaux. Et M. Pasteur d'opposer à ces résultats une véritable fin de non-recevoir, en accusant une « réceptivité insolite » des races ovines allemandes pour le charbon !

Des expériences analogues ont été pratiquées sur des moutons par la Société de médecine vétérinaire de Turin, et les résultats n'en ont pas été moins désastreux ; les inoculations dites préventives ont fait là aussi de nombreuses victimes. Qu'à répondu M. Pasteur à l'annonce de ces résultats ? Il a dit que les moutons avaient été inoculés avec le sang d'un mouton mort de charbon depuis vingt-quatre heures et, par conséquent, devenu septicémique. Or, dans une lettre adressée à M. Pasteur par MM. les vétérinaires de Turin, ces messieurs affirment péremptoirement que le sang de ce mouton n'avait aucun des caractères du sang septicémique et que les moutons inoculés avec ce sang et morts des suites de l'inoculation n'ont présenté à aucun moment les signes de la septicémie.

Des résultats analogues sont signalés dans un rapport fait par M. Mathieu à la Société centrale de médecine vétérinaire.

M. Pasteur croit répondre en opposant aux résultats malheureux de ces expériences d'autres résultats où les vaccinations préventives n'ont pas déterminé d'accidents et ont été suivies, d'après lui, d'une diminution notable de la mortalité par le charbon dans les fermes dont les troupeaux ont subi l'inoculation par le virus atténué. Mais à cela, on peut répondre avec M. Leblanc qu'il est impossible d'établir d'une manière certaine le chiffre de la mortalité par le charbon chez les animaux, avant l'application de la méthode pastorienne. Et, d'ailleurs, il faut remarquer que les années 1881 et 1882 ont été privilégiées au point de vue de la température estivale qui a été exceptionnellement peu élevée ; il en est résulté une diminution notable des influences épidémiques ; mais viennent ces étés à chaleur tropicale où l'on voit les influences épidémiques reconquérir toute leur énergie et leur violence, et l'on verra si la vertu préservatrice du vaccin charbonneux pastorien conservera son efficacité.

En attendant, nous voyons, d'une part, que le virus atténué du 1er degré, ou vaccin charbonneux faible, ne confère pas l'immunité et n'empêche pas les récidives, et que, d'autre part, le virus atténué du 2e degré, ou vaccin charbonneux fort, détermine des accidents graves et souvent mortels.

La doctrine microbienne soulève deux ordres d'objections, objections pratiques, objections doctrinales. Les objections pratiques résultent des expériences dues aux médecins vétérinaires ; ces expériences ont prouvé : 1° Que, dans la pratique des inoculations préventives, on n'est jamais sûr de ne pas avoir d'accidents mortels à redouter à la deuxième inoculation ; 2° que l'immunité produite par l'inoculation préventive est fort loin de la certitude affirmée par M. Pasteur ; 3° enfin, que les maladies à microbes connus ou inconnus sont des maladies récidivantes.

Dès lors, en admettant que le cheval, le bœuf, le mouton soient préservés du charbon par l'inoculation préventive, peut-on en conclure que l'immunité sera également obtenue par l'inoculation chez l'homme ?

En admettant que l'immunité fût acquise pour l'homme, comme de l'aveu de M. Pasteur lui-même cette immunité n'est que temporaire et ne dure guère qu'une année environ, voilà l'homme obligé de se vaccciner et de se revacciner tous les ans de toutes les maladies des animaux et de toutes les maladies propres à l'homme.

Et si l'inoculation pastorienne produit, chez les animaux, des accidents mortels, ne peut-elle pas en déterminer également chez l'homme ? Or, si un cultivateur peut risquer de perdre

tant pour cent sur un troupeau en vue de sauver le reste, en essayant de lui conférer l'immunité, quel père de famille pourrait avoir le cœur de courir un risque pareil? Et il faut ajouter que l'homme aurait toute espèce de chances de mourir de sa vaccination prétendue préservatrice. N'est-ce pas le cas de rappeler ce personnage légendaire qui se jette à l'eau de peur d'être mouillé?

Quant aux objections doctrinales, elles ressortent de l'histoire même de la doctrine microbienne. Il est facile, sur ce terrain, d'opposer M. Pasteur à M. Pasteur, microbien à microbien, chimiste à chimiste. M. Pasteur a pris la peine de déclarer lui-même qu'il pouvait se tromper, et de le prouver. L'Académie se rappelle certainement la séance mémorable dans laquelle M. Pasteur, après avoir annoncé la découverte du microbe de la rage, vint déclarer qu'il s'était trompé et que M. Vulpian avait déterminé les mêmes accidents, prétendus rabiques, en inoculant aux animaux la salive d'individus bien portants. Si M. Vulpian n'avait pas eu l'idée de répéter et de contrôler les expériences de M. Pasteur, il est fort probable que le microbe de la rage figurerait encore sur la liste des vrais microbes, c'est-à-dire de ceux qui ont été démontrés, isolés et cultivés.

Il n'est pas moins facile d'opposer pastorien à pastorien. En effet, tandis que M. Pasteur soutient que le microbe du charbon tue par pullulation, c'est-à-dire mécaniquement, M. Chauveau, de son côté, prétend, au contraire, que les animaux charbonneux meurent sans présenter dans leur sang un grand nombre de bactéridies.

Enfin, on peut opposer chimiste à chimiste, M. Pasteur à M. Béchamp. Pour M. Pasteur, tous les microbes sont des êtres dont les germes sont venus du dehors, sont étrangers à l'organisme; pour M. Béchamp, au contraire, les microzymas font partie intégrante de nos humeurs et de nos tissus. Pour l'un, toutes les maladies contagieuses viennent du dehors, sont accidentelles; pour l'autre, elles sont toutes spontanées.

Pour sa part, M. Peter déclare que s'il avait une opinion à émettre sur ces microbes qui nous entourent et qui sont toujours là, dans l'air, *quærentes quem devorent*, il dirait qu'il est plus vraisemblable que le microbe ne transmet la maladie qu'après avoir déjà traversé un organisme malade; il n'y a pas de microbe de la rage, de la syphilis, du charbon, mais des microbes ayant passé par l'organisme d'enragés, de syphilitiques, de charbonneux, etc.

L'orateur termine en disant qu'il a placé de propos délibéré, dans son premier discours, une phrase relative au parasitisme, afin d'attirer sur ce terrain les partisans de la doctrine microbienne. C'était une ruse de guerre. Cette tactique était bonne et semble avoir complètement réussi. S'il en croit les documents qni lui arrivent de toutes parts, dans cette bataille scientifique, la victoire pourrait bien rester aux gros bataillons, c'est-à-dire à la vieille médecine traditionnelle.

Pour lui, s'il a soulevé cette question dans un discours qui n'est en somme qu'un simple engagement d'avant-garde, c'est qu'il est avant tout médecin et que rien de ce qui touche à la médecine ne lui est étranger; c'est, en outre, qu'il est un philosophe pratiquant le libre examen, et comme le voyageur dont les regards, planant du haut des sommets, viennent de contempler de vastes horizons, s'étonne de l'étroitesse du cercle dans lequel on se meut à ses pieds, de même M. Peter, après avoir parcouru du regard les vastes horizons de la science traditionnelle, admire l'infinie petitesse du cercle dans lequel se meut la doctrine microbienne. (Applaudissements.)

M. Bouley demande la parole pour répondre au discours de M. Peter.

— La séance est levée à cinq heures.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 15 au 22 mars 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,316. — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 9. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 43. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 60. — Phthisie pulmonaire, 306. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchites aiguës, 54. — Pneumonie, 128. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 40; au sein et mixte, 17; inconnus, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 100; circulatoire, 96; respiratoire, 106; digestif, 40; génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulat. et muscles, 8. — Après traumatisme, 5. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 14.

Résumé de la 12e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la semaine du 16 au 22 mars, 1,395 naissances et 1,316 décès.

Ce dernier chiffre dépasse de beaucoup la moyenne des décès enregistrés pendant les quatre dernières semaines précédentes, qui est de 1,184.

Cet accroissement de la mortalité doit être attribué principalement à la Phthisie pulmonaire. Le chiffre des décès dus à cette cause, qui avait atteint pendant les quatre semaines précédentes la moyenne déjà très forte de 233, s'est élevé subitement à 306. C'est la première fois que le *Bulletin hebdomataire* enregistre un nombre aussi considérable de décès de phthisiques.

A l'égard des maladies épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir :

Une aggravation pour la Fièvre typhoïde (39 décès au lieu de 30), la Rougeole (25 au lieu de 18), la Diphthérie (43 au lieu de 38).

Une atténuation pour la Variole et la Coqueluche (9 décès au lieu de 13).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomataire des hôpitaux accuse une amélioration notable pour la Variole (27 admissions pendant la période du 12 au 18 mars au lieu de 33 pendant la période précédente) et la Fièvre typhoïde (48 au lieu de 61).

Statistique des enterrements civils. — Voici le relevé des services funèbres exécutés pendant le mois de février dernier, relevé donnant le nombre total des enterrements civils et leur proportion, pour cent, aux convois avec cérémonie religieuse. Pour conserver à ces rapports leur véritable signification, il n'est pas tenu compte, dans leur établissement : 1° des corps transportés à l'extérieur de Paris, pour lesquels il n'y a généralement aucune cérémonie funèbre au départ; 2° des mort-nés, dont les convois ne sont, le plus souvent, l'objet d'aucune pompe.

Au mois d'avril 1881. les enterrements civils étaient aux enterrements religieux dans le rapport de 16 à 100. La proportion s'élevait, au mois d'avril 1882, à 21,47 pour 100, pour atteindre 22,61 au mois d'août, 22,16 au mois de janvier dernier, et, enfin, 23,83 au mois de février.

On remarquera l'énorme différence qui existent, à cet égard, entre les arrondissements de Paris. C'est dans les 1er, 8e, 9e et 16e arrondissements qu'il y a le moins d'enterrements civils et dans les 3e, 4e, 5e, 10e, 11e, 12e, 14e et 20e qu'ils sont le plus nombreux. Dans ce dernier arrondissement, le rapport des enterrements civils aux enterrements religieux, qui a été, pendant le mois de janvier 1883, de 33,95 0/0, s'est élevé, en février, à 44 0/0.

FORMULAIRE

Topique et poudre béchiques. — N. Guéneau de Mussy.

Chlorhydrate de morphine.	0 gr 10 centigr.
Borax.	1 gramme.
Glycérine neutre.	10 —

Faites dissoudre. — Lorsque, sous certaines influences constitutionnelles, la membrane muqueuse pharyngienne est congestionnée, que la toux est fréquente, et s'accompagne d'une sensation de titillation dans le pharynx, on touche directement la muqueuse pharyngienne avec un pinceau trempé dans le mélange ci-dessus.

On peut aussi, en pareil cas, faire priser la poudre suivante :

Racine de belladone pulv.	1 gramme.
Chlorhydrate de morphine	0 gr 10 centigr.
Gomme arabique pulv.	11 grammes.

Huit à dix fois par jour, on prise ce mélange, au moment où se fait sentir le prurit pharyngien qui provoque la toux — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Lundi matin, 26 mars, la mort est venue foudroyer un de nos confrères, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Toulouse : Henri Lafforgue a succombé à une hémorrhagie cérébrale. Il avait été l'ami d'Amédée Latour et un de ses premiers collaborateurs dans le journalisme. Pendant sa longue carrière, il avait tenu haut et ferme le drapeau de la dignité médicale. Dévoué envers ses collègues et ses clients, poussant le désintéressement jusqu'à l'abnégation, d'une franchise et d'une loyauté à toute épreuve, il devra à ces généreuses qualités de laisser un souvenir durable dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours auxiliaires.* — M. Hallopeau, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le lundi 2 avril 1883, à 5 heures, petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera des *maladies du système nerveux.*

M. Humbert, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe le mardi 3 avril, à 4 heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera des *fractures* et des *luxations.*

Faculté des sciences de Paris.— M. Pruvost, licencié ès sciences et docteur en médecine, est nommé préparateur du laboratoire de Roscoff, en remplacement de M. Joyeux-Laffuie, appelé à d'autres fonctions.

M. Boutan, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du cours de zoologie, en remplacement de M. Pruvost, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Lyon. — *Concours pour une place de prosecteur.* — A la suite d'un concours, le 12 mars, à la Faculté de médecine, M. Parisot, aide d'anatomie, a été nommé prosecteur.

Le jury se composait de MM. Paulet, Gayet, Poncet, Morat, professeurs, Levrat, agrégé.

Les questions sorties de l'urne ont été les suivantes :

1° Circulation cérébrale (épreuve écrite de 4 heures) ; 2° De la respiration (épreuve orale de 30 minutes après 20 minutes de réflexion) ; 3° Région du canal inguinal (4 heures pour cette épreuve de dissectiou) ; 4° Pratiquer la ligature de l'humérale au pli du coude ; désarticulation trapézo-métacarpienne ; 5° Région parotidienne (épreuve orale de 30 minutes après 20 minutas de réflexion).

Concours. — Un concours pour trois places de nouvelle création de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira le samedi 23 juin 1883 à Alger. Les docteurs en médecine qui voudraient se porter candidats devront se faire inscrire avant le 22 juin au secrétariat de la Commission administrative en déposant les pièces nécessaires.

Observatoire d'astronomie physique. — Par décret, en date du 22 mars 1883, l'immeuble appartenant à l'Etat, dépendant du domaine de Meudon (Seine-et-Oise), précédemment utilisé par la garnison de Paris comme champ de tir et de manœuvres, est affecté au ministère de l'instruction publique et attribué partie au service de l'Observatoire d'astronomie physique, partie au service de la station de chimie végétale annexé à la chaire de chimie organique du Collège de France.

—

Association générale des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu le 1er et le 2 avril prochain, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du Dimanche 1er Avril. — La Séance sera ouverte à *trois heures précises.* — 1° Allocution de M. le Président. — 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier. — 3° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général. — 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1882, par M. A Foville, secrétaire général. — 5° Election de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Gosselin, Jeannel, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Simonin, arrivés au terme de leur exercice, et de M. Woillez, décédé. — 6° Eloge de M. A. Latour, par M. Gallard, membre du Conseil général.

Banquet. — Le banquet aura lieu le Dimanche 1er Avril, *à sept heures précises,* dans les salons de l'hôtel Continental, rue Castiglione.

On souscrit directement ou par lettre, chez M. Brun, Trésorier de l'Association, 23, rue d'Aumale. — *Prix de la souscription : 20 francs.*

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS DE GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS CHEZ UNE ALBUMINURIQUE ;

Lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 27 octobre 1882,

Par le docteur ROQUES, médecin du Bureau central.

En décembre dernier, j'observais à l'Hôtel-Dieu annexe, dans un des services provisoires que je dirigeais alors, un cas de *gangrène symétrique des extrémités* chez une femme atteinte d'albuminurie. La coïncidence de ces deux maladies signalée une fois dans une observation lue ici-même par M. Debove, a fixé mon attention. Je me suis demandé s'il était possible, par une interprétation rationnelle des faits et sans rien exagérer, d'établir un rapport entre la néphrite d'une part et l'asphyxie locale de l'autre. Je ne prétends pas être arrivé à une solution ; des faits plus nombreux sont nécessaires. Je veux simplement présenter les considérations intéressantes, à mon sens, que m'a suggérées l'observation brièvement résumée que voici :

Le 1er décembre 1881, entrait à l'hôpital une femme de 40 ans, offrant les principaux traits du tableau de l'asystolie : facies bouffi et cyanosé, extrémités froides, dyspnée intense, dilatation des jugulaires, crachats spumeux et sanguinolents. Nous relevons les signes d'une congestion pulmonaire intense du côté gauche ; le foie est douloureux et tuméfié ; les urines, très albumineuses, se prennent en masse par la chaleur et l'acide nitrique ; les battements du cœur sont énergiques, fréquents et réguliers ; le pouls est petit ; enfin, la vue est indistincte, les objets sont vus à travers un brouillard. La malade est dans cet état depuis huit jours. Depuis un an environ, époque de son deuxième et dernier accouchement, elle se plaint de vertiges, d'anhélation, de troubles passagers de la vue, de vomissements fréquents et de diarrhée intermittente. Trois jours après ce premier examen, la dyspnée a diminué, mais les mains restent froides et pâles. La malade nous dit alors que, depuis trois mois, elle se plaint souvent de froid aux mains, qu'elle a l'onglée et que les doigts deviennent pâles et comme morts ; ce phénomène, non donloureux d'ailleurs, se reproduit jusqu'à trois et quatre fois par jour. Pour la première fois, la malade se plaint d'une douleur aiguë au gros orteil droit qui est froid, pâle et très douloureux au toucher. Le gros orteil gauche se prend à son tour dès le lendemain et, quatre jours après, nous voyons les lésions suivantes : le gros et le petit orteils du pied droit sont recouverts, à leur extrémité, d'une plaque violacée, disparaissant en partie par la pression et se reformant lentement ; ces parties sont le siège d'une douleur atroce que la malade essaie d'apaiser par quelques légères frictions.

Les orteils atteints sont froids au toucher ; la sensibilité y est obtuse. La piqûre d'une épingle non perçue, si elle est superficielle, est vivement sentie, si elle est plus profonde. On voit, en outre, des marbrures violacées, irrégulières, allongées dans le sens des vaisseaux, sur la région dorsale du pied, sur la face externe de la jambe et de la cuisse, jusqu'à la partie inférieure des lombes ; il n'y a pas d'œdème appréciable. Cette description peut s'appliquer de tous points au membre inférieur gauche ; les mêmes orteils sont atteints dans leurs parties similaires ; il n'est pas jusqu'aux plaques violacées ou sugillations occupant la continuité du membre qui n'affectent une disposition semblable des deux côtés. Les lésions sont donc nettement symétriques ; elles sont cependant un peu moins avancées à gauche. Les battements de la pédieuse sont nettement perçus des deux cotés, mais un peu faibles.

Des lésions analogues occupent les membres supérieurs ; tous les doigts sont atteints, sauf le pouce ; le petit doigt induré, comme raccorni, est blafard, froid au toucher et très douloureux ; la face dorsale de la main et de l'avant-bras est recouverte de plaques violacées ; ici encore, la symétrie des lésions s'affirme. Mais celles-ci ne progressent pas d'une manière

continue; à certains moments, en effet, la douleur s'apaise, les extrémités paraissent se réchauffer, les plaques violacées pâlissent ou s'effacent; ces rémissions sont courtes et bientôt suivies de nouvelles crises. Enfin, vers le 15 décembre, le petit doigt de la main droite et le gros orteil droit, offrent à la face palmaire et plantaire de leur phalangette une eschare noire, dure, sèche, bien limitée, entourée d'une étroite zone rosée.

L'amblyopie déjà signalée persiste, mais elle est intermittente et alterne avec les troubles de la circulation périphérique; la malade ne s'y trompe pas. Dès que sa vue se trouble, elle prévoit une suspension momentanée de ses atroces souffrances.

Pour m'éclairer sur la nature de ces troubles oculaires, j'ai eu recours à l'obligeance de mon excellent confrère, le docteur Abadie, qui a bien voulu se charger de l'examen ophthalmoscopique. Celui-ci a été pratiqué au moment où l'amblyopie était à son maximum. En voici le résultat :

Pas trace de rétimite albuminurique et, en général, aucune lésion appréciable au fond de l'œil. Les artères de la papille sont plus grêles que dans la majorité des cas : y a-t-il en réalité spasme des artères? Il est difficile de le dire, étant donné les nombreuses variétés observées dans la disposition normale de ces vaisseaux. Il ne paraît pas y avoir des renflements sur le parcours des vaisseaux rétiniens. Ces renflements existeraient qu'il faudrait hésiter à leur attribuer un caractère pathologique; car les artères rétiniennes, à leur émergence, sont placées dans l'interstice des filets nerveux et plongent plus ou moins; de là, une apparence de renflements qui pourrait en imposer. Il n'y a pas de battements intra-oculaires, pas de pulsations veineuses; aucune apparence variqueuse. L'examen ophthalmoscopique est donc négatif. Nous ne devons retenir que l'alternance manifeste entre les troubles visuels et les troubles de la circulation périphérique, fait consigné dans plusieurs observations de notre regretté collègue, M. Raynaud.

Du 20 au 25 décembre, les lésions des extrémités progressent d'une manière continue, cette fois sans rémission. La dyspnée s'accroît, le pouls devient filiforme, la peau froide et visqueuse; le délire survient, fait place à un état semi-comateux et le 29, la malade succombe. Je n'insisterai pas sur le traitement : sachets de sable chaud, onctions calmantes, courants continus, inhalations d'oxygène, toniques; tous ces moyens ont été inutiles. On ne peut même pas leur attribuer les rémissions passagères qui font partie intégrante de l'évolution ordinaire de la maladie.

A l'*autopsie*, on trouve le poumon droit congestionné et même splénisé; son tissu est dense et ne crépite plus.

Le *cœur* est très volumineux; le ventricule gauche surtout est hypertrophié; la valvule mitrale est intacte; mais les valvules sigmoïdes de l'aorte présentent sur leur bord libre, surtout vers la face ventriculaire, une couronne de végétations villeuses, rouges, friables, assez faciles à détacher. — Le foie est gros, congestionné; sa coupe est celle du foie muscade. — La *rate* est normale. — Les *reins* sont petits, le droit surtout : leur surface est irrégulière, la capsule est très adhérente, la couche corticale a presque disparu, la base des pyramides touche presque à la périphérie. On trouve les lésions macroscopiques de la néphrite interstitielle. Les artères radiales et pédieuses suivies jusque dans leurs dernières ramifications n'ont pas paru altérées.

Cette observation est complexe : la lésion cardiaque peut rendre compte des symptômes et des lésions pulmonaires et hépatiques, mais n'explique pas la gangrène périphérique. En effet, chez les cardiaques, la gangrène se développe sur une partie œdématiée, par suite de la distension de la peau. Ici, l'œdème a fait défaut, les doigts malades étaient contractés, petits, secs et racornis. D'ailleurs, la différence, entre ces deux sortes de gangrène, a été trop bien établie par M. Raynaud lui-même, pour que j'y insiste. Mais, d'un autre côté, est-il possible d'admettre que des embolies multiples, parties des végétations des valvules aortiques soient venues oblitérer les radicules artérielles de la périphérie? Cette hypothèse ne paraît pas soutenable parce que la maladie a procédé par poussées, par crises qui ne ressemblent en rien à la soudaineté et à la continuité du processus embolique; les artères d'ailleurs, autant qu'on a pu les suivre, ne contenaient pas d'embolie, et on n'a trouvé dans les viscères aucune trace d'infarctus. Donc, la lésion cardiaque ne nous paraît pas directement en cause, en tant que facteur pathogénique de l'asphyxie locale. En est-il de même de la néphrite? Chose singulière, dans la plupart des cas de gangrène symétrique, l'examen des urines n'a pas été fait. Je ne connaissais que l'observation de M. Debove et deux ou trois observations de Raynaud, dans les-

quelles l'albuminurie ait été notée. Est-ce là une pure coïncidence? Est-il possible de trouver dans l'histoire du mal de Brigth quelques phénomènes qui rappellent, même de loin, les troubles vasculaires qui président à l'asphyxie locale ?

En dehors de l'urémie, les troubles nerveux signalés dans le mal de Bright sont peu nombreux. Les névralgies, l'hémicrânie signalée par M. Lanceraux, sont relativement rares ; il en est de même des douleurs vagues, rhumatoïdes. Récemment. M. Dieulafoy insistait sur certaines formes de démangeaisons qui, suivant lui, seraient fréquentes, de même que des picotements, des fourmillements aux extrémités. La sensibilité spéciale est souvent atteinte. L'amblyopie *sine materiài*, la surdité sont assez fréquemment notées. Les paralysies motrices ne s'observent jamais en dehors de l'hémorrhagie cérébrale, qui complique le mal de Bright. Certains phénomènes rarement observés, il est vrai, dans cette maladie, paraissent dépendre des modifications fonctionnelles des nerfs vaso-moteurs et se rapportent plus directement à notre sujet.

Dans sa remarquable thèse sur les *néphrites chroniques*, M. Rendu, étudiant les rapports de ces affections avec le système nerveux, avoue que nos connaissances sur ce point sont peu étendues; puis, parlant des cas de néphrite par contusion, signalés par M. Potain, cas particulièrement intéressants, puisque l'un des malades présentait une hémianasarque localisée au côté contusionné, l'autre une anasarque généralisée avec prédominance excessive du côté du traumatisme ; M. Rendu ajoute : « Il est impossible de comprendre une pareille localisation de l'œdème, si l'on ne fait intervenir l'action nerveuse. » Ce n'est pas seulement dans les néphrites traumatiques que l'on rencontre cet œdème localisé à la moitié du corps. M. Toupet, interne distingué des hôpitaux, m'a communiqué l'observation suivante :

Le 2 juin de cette année succombait, à l'hôpital Tenon, une femme de 46 ans, atteinte de néphrite non traumatique; pendant le dernier mois de sa vie, l'œdème resta localisé à droite; il était si considérable de ce côté qu'il en résulta une gangrène superficielle au pli du coude; pendant ce temps, le côté gauche était à peine infiltré. A l'autopsie, le rein droit fut trouvé presque normal; le rein gauche, très réduit de volume, présentait une surface bosselée avec des dépressions cicatricielles nombreuses; la substance corticale était atrophiée. Dans ces cas à localisation aussi nette, il est difficile de ne pas admettre un trouble dans l'innervation vaso-motrice. L'œdème brightiqne vulgaire, qu'il soit sous-cutané ou viscéral, ne comporte-t-il pas une interprétation pathogénique analogue? Comment expliquer, sans cela, sa localisation à un membre, à la main, au pied, aux paupières, son apparition brusque, sa disparition rapide, son caractère en quelque sorte ambulant. »

Mais de tous les symptômes qui font partie du mal de Bright, celui qui touche de plus près à la gangrène symétrique, est évidemment le phénomène du *doigt mort* signalé tout récemmenl par M. Dieulafoy. « Les malades, dit-il, accusent des fourmillements, des sensations douloureuses, une sorte de crampe dans les doigts, et parfois les extrémités digitales deviennent exsangues, pâles et insensibles. Cet état dure quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure et revient par crises. » C'est presque le premier degré de l'asphyxie locale. En tout cas, il s'agit bien encore ici d'un trouble vaso-moteur.

Ces modifications fonctionnelles de l'innervation vaso-motrice me paraissant très probables dans les cas assez nombreux, en somme, que je viens d'examiner, je crois avoir quelques raisons de penser que, dans mon observation, il y a peut-être plus qu'une coïncidense entre la gangrène symérrique et la néphrite. Mais il est impossible d'aller plus loin, avant que de nouveaux faits établissent la coexistence plus fréquente de ces deux maladies. L'examen de l'urine fait avec soin, dans tous les cas d'asphyxie locale, permettra peut-être de saisir entre elle et la néphrite albumineuse des relations passées inaperçues jusqu'ici.

Quant à la cause intime et au mécanisme de ces troubles spéciaux de l'action vaso-motrice, je ne les aborderai pas, ne voulant pas entrer dans le champ des hypothèses trop faciles et des théories trop séduisantes.

OBSERVATION DE TABES DORSALIS D'ORIGINE MANIFESTEMENT SYPHILITIQUE;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 25 novembre 1882,

Par le docteur DUBUC.

M. X... est atteint, en octobre 1861, de cette variété de chancre que j'ai décrite sous le nom de chancre syphilitique multiple herpétiforme. Il était alors âgé de 24 ans.

A la suite des chancres et dans le délai voulu, roséole disséminée sur le tronc et les membres, croûtes du cuir chevelu avec adénopathie post-cervicale; poussées successives de plaques muqueuses confluentes sur les amygdales; bref le stade des accidents secondaires se prolonge jusque vers le milieu de 1862. Il se fait ensuite une assez longue rémission interrompue seulement, à de certains intervalles, par de fortes migraines, pour lesquelles je lui administre de l'iodure de potassium.

En avril 1864, apparition sur la face interne des amygdales d'une *production couenneuse, lisse, épaisse*, simulant l'angine diphthéritique, mais sans fièvre, sans état général, que je rattache à la syphilis et qui disparaît en quelques jours sous l'influence des applications locales de teinture d'iode et de l'iodure de potassium administré à l'intérieur. Dans les années suivantes et sans phénomènes objectifs de syphilis, le malade éprouve à diverses reprises des migraines prolongées et des diarrhées tenaces pour lesquelles je lui administre plusieurs fois de l'iodure de potassium.

Il se marie au commencement de 1868 : de ce mariage sont nés deux fils, l'un en 1869, l'autre en 1872, tous deux aujourd'hui encore en bonne santé. En janvier 1871, à la fin du siège de Paris, il vient me trouver pour une production gommeuse ramollie, siégeant sur le voile du palais au voisinage de la voûte palatine, qui cède rapidement à un traitement énergique par le mercure et l'iodure de potassium et ne laisse heureusement à sa suite qu'une cicatrice déprimée sans perforation, bien que, pendant la période destructive, j'aie pu faire passer au travers, sans la moindre difficulté, un stylet fin qui, de la cavité buccale, pénétrait dans l'arrière cavité des fosses nasales.

C'est de juin 1873 qu'il faut faire dater l'apparition chez lui d'accidents graves du côté du système nerveux central cérébro-spinal, accidents qui n'ont plus cessé, sauf de courtes périodes de rémission, jusqu'à sa mort survenue à la fin de juillet 1878.

En juin donc, étant à la campagne, il est pris brusquement d'une sensation d'engourdissement dans le côté gauche du corps sans obscurcissement de l'intelligence, sans paralysie musculaire; il peut aller et venir, mais la marche amène vite de la fatigue. Le médecin de la localité, qui n'avait aucun renseignement sur les antécédents, parle d'un épanchement séreux et prescrit un vésicatoire à la nuque. Lorsque je le vois le 20 septembre, la sensation d'engourdissement persiste à gauche au même degré qu'au début. Je m'assure de l'intégrité de la force musculaire de ce côté et je m'assure de plus à l'aide d'une épingle que la sensibilité de la peau à la piqûre n'y a pas diminué. Le caractère est devenu plus irritable; le visage exprime de l'affaissement.

Rattachant à la syphilis les troubles morbides que je viens d'énumérer, je prescris un traitement mixte composé d'une friction mercurielle chaque jour et de trois grammes d'iodure de potassium dans les vingt-quatre heures.

Le 3 octobre, consultation avec le professeur Lorain, qui n'hésite pas non plus à considérer la syphilis comme la cause des troubles morbides que nous observons; nous prescrivons la continuation du traitement mixte indiqué plus haut. Nous constatons très nettement ce jour-là que la pupille gauche est *plus étroite* que celle du côté opposé.

Sous l'influence du traitement syphilitique une amélioration assez rapide se produit; toutefois, le 17 novembre, le malade me fait remarquer que le pavillon de l'oreille gauche est plus chaud que celui de la droite; je constate, en effet, avec le thermomètre une différence de 3°,2 à l'avantage du premier; l'ouïe est moins nette à gauche; il existe de ce côté une sensation gênante de bruissement; la vessie est paresseuse; elle ne se vide que sous l'influence d'efforts répétés; il existe fréquemment des selles liquides avec besoin impérieux d'aller à la garde-robe et parfois des pertes involontaires d'un peu de matière; fausses sensations de faim, même lorsque le repas vient d'être terminé.

Depuis quelques jours sont apparues des douleurs aiguës passagères des membres inférieurs, surtout au côté interne du genou gauche.

La pupille gauche reste manifestement plus resserrée que la droite. Pourtant l'état des forces est meilleur; le visage a repris son animation naturelle; le caractère est redevenu égal. Le traitement est continué.

Le 24 décembre, les différents troubles énumérés plus haut sont très atténués sans avoir entièrement disparu. Je constate avec le thermomètre que les deux pavillons auriculaires ont

actuellement la même température; l'audition est encore un peu moins nette à gauche; la pupille de ce côté est toujours plus serrée. Il existe encore par moments des douleurs aiguës au côté interne du genou gauche. Le traitement est suspendu.

26 janvier 1874. — Les différents troubles rapportés ci-dessus ont repris de l'intensité. Il existe une sensation de fourmillement dans les deux membres inférieur et supérieur du côté gauche, des tintements auriculaires, une température plus élevée du pavillon, une étroitesse plus marquée de la pupille du même côté, des besoins de manger le repas à peine terminé, des douleurs intestinales, de la paresse de vessie.

Je fais reprendre l'usage de l'iodure de potassium en commençant par 1 gramme pour arriver progressivement à 4 grammes. Le malade en plus, d'après le conseil de Lorain, fait de la gymnastique et de l'escrime; mais il est obligé d'y renoncer au bout d'une quinzaine de jours parce que ces divers exercices provoquent des douleurs de tête, principalement dans la région frontale.

Le 24 février, je suis obligé de suspendre l'iodure de potassium, attendu que ce médicament a provoqué un coryza très intense.

La pupille gauche restant plus serrée, je constate, à l'aide de l'éclairage oblique, l'absence de toute synéchie et à l'aide de l'ophthalmoscope l'intégrité du fond de l'œil; du reste, la vision est excellente, aussi bonne à gauche qu'à droite.

Le 25 mars, le malade me signale pour la première fois l'apparition de douleurs thoraciques en ceinture; leur point de départ est le 1/3 supérieur de la colonne vertébrale dorsale; de là, elles s'irradient de chaque côté du thorax. Je recommence l'administration de l'iodure de potassium.

La fin de mars et le mois d'avril se passent sans incident notable.

Le 2 mai, le professeur Lorain voit le malade en consultation avec moi : les douleurs en ceinture persistent; il s'y est joint des raideurs prononcées des membres inférieurs; pourtant la marche reste possible; il existe toujours une sensation d'engourdissement dans le côté gauche du corps avec hypéresthésie cutanée.

Nous prescrivons une pilule de Sédillot et 2 grammes d'iodure; de plus, le malade fera de l'hydrothérapie à la campagne où il se rendra pour y passer l'été.

Ce traitement est continué pendant les mois de mai, de juin, de juillet et d'août, et en septembre, le malade peut chasser plusieurs fois sans éprouver trop de fatigue.

Rentré à Paris le 23 octobre, il me raconte que ces derniers temps, il a ressenti de violentes migraines survenant brusquement sans cause, la nuit ou le matin, accompagnées de vomissements bilieux et suivies d'anéantissement; elles occupent le côté droit de la tête en arrière. Je remarque que la pupille gauche est toujours plus étroite; il persiste un peu de bruissement dans l'oreille gauche.

La sensation de fourmillement dans le côté gauche du corps a disparu.

Reprise du traitement mixte à partir de la fin d'octobre.

Les mois de novembre et de décembre se passent d'un façon satisfaisante; toutefois, en décembre, il éprouve de la diarrhée à diverses reprises, ce qui m'oblige à interrompre le traitement.

Au commencement de janvier 1875, réapparition des violentes douleurs de tête, précédemment signalées, persistance de la diarrhée, amaigrissement, ventre excavé. Il me semble sentir un certain engorgement des ganglions iliaques. — Iodure de potassium, viande crue.

Une amélioration se produit, mais vers le milieu de janvier des raideurs reparaissent dans les membres inférieurs et entravent la marche. Il me signale, le 19 janvier, un nouveau phénomène à savoir la perte involontaire d'une certaine quantité d'urine, la nuit principalement, mais aussi parfois le jour, dont le résultat est de mouiller son linge, et le 26 janvier, l'apparition d'une douleur dans la gouttière vertébrale droite vers le milieu de la région dorsale; je crois percevoir à ce niveau un certain empâtement.

Du reste les autres symptômes sont en voie d'amélioration notable. Il prend son iodure à la dose de 4 grammes. Les mois de février, mars, avril, mai et la première moitié de juin se passent d'une façon relativement satisfaisante; l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes est continué jusqu'au 3 avril, puis suspendu à partir de cette date.

Je ne vois à signaler, en fait de symptômes méritant l'attention, que des douleurs lancinantes dans le bas des jambes et les mollets, quelquefois aussi dans les membres supérieurs, douleurs assez prononcées pour réveiller brusquement le malade la nuit, et en outre des tiraillements d'estomac qui se montrent même après qu'il vient de manger. C'est en mai que ces troubles se manifestent; ils nécessitent le retour à l'emploi de l'iodure. D'ailleurs, la santé générale est meilleure qu'elle n'a été depuis longtemps.

Dans la dernière partie de juin, le malade ressent une vive secousse morale par suite d'un deuil de famille et peu de jours après survient une crise d'une extrême gravité,

Cela se passe à la campagne où il s'est installé pour l'été; on me demande de l'y aller voir le 28 juin.

Je le trouve au lit, affaissé, éprouvant de violentes douleurs dans la partie postérieure de la tête, du cou, le haut du dos, se plaignant de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs et aussi, quoiqu'à un moindre degré, dans les membres supérieurs; il a eu un vomissement bilieux la nuit qui a précédé mon arrivée; il éprouve encore des tiraillements d'estomac, de fausses sensations de faim, le repas à peine terminé. Il urine avec difficulté et perd un peu d'urine la nuit; je le sonde et je retire de la vessie un litre au moins d'urine un peu foncée.

Il me raconte que les jours précédents, lorsqu'il urinait debout et qu'il faisait effort pour vider sa vessie, il ressentait de la douleur dans la partie postérieure du cou et de la tête.

L'intelligence conserve sa lucidité et n'a éprouvé aucune atteinte depuis le début des accidents nerveux; toutefois le malade n'a pas son activité d'esprit habituelle. En présence des graves symptômes observés, je crois utile de revenir aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium; je prescris en outre de la viande crue à cause de la tendance à la diarrhée.

Six jours après, le 4 juillet, je retourne voir le malade à la campagne; le traitement a été suivi régulièrement; une très notable amélioration s'est produite; j'insiste sur ce fait parce qu'il me semble démontrer l'efficacité au moins palliative du traitement spécifique.

Les douleurs de la partie postérieure de la tête et du cou ont disparu; la vessie se vide mieux; c'est à peine si je retire avec la sonde 200 grammes d'urine.

La pupille gauche est toujours plus serrée; il existe de la sensibilité douloureuse spontanée dans la moitié gauche du corps.

Le malade se lève, marche un peu sans fatigue; il dort bien, a de l'appétit, de bonnes digestions.

Je lui montre à se servir d'une sonde de gomme pour vider sa vessie. Continuer les frictions mercurielles, l'iodure et la viande crue.

Le 17 juillet, on m'écrit que les douleurs de la partie postérieure de la tête, de la nuque, du dos n'ont pas reparu; seulement le malade ressent des douleurs lancinantes dans la partie inférieure des jambes en même temps qu'une raideur prononcée pendant la marche; la vessie se vide beaucoup mieux; c'est à peine s'il retire avec la sonde un verre à madère d'urine; il n'en perd presque plus la nuit.

Continuer les frictions à l'onguent napolitain et l'iodure ainsi que la viande crue.

Le 23 juillet, nouvelle lettre pour m'annoncer que les gencives sont gonflées et qu'un commencement de salivation se produit. Cesser les frictions. Huit jours plus tard, le 31 juillet, j'apprends de la femme du malade que son mari n'a presque plus de raideurs des jambes, qu'il peut marcher pendant trois heures sans s'arrêter.

Le 5 août, les douleurs lancinantes des jambes ont reparu, et un peu aussi celles de la partie postérieure de la tête. Reprendre les frictions.

Le 10 août, crise de cystite qui dure 4 ou cinq jours.

J'aurais encore à suivre le malade pendant 3 ans, ce qui rendrait l'observation interminable avec les alternatives d'amélioration et de rechute qui l'ont caractérisée. Je me bornerai donc à relater pendant cette longue période les détails qui me sembleront le mériter par leur importance, ceux surtout qui auront trait à des symptômes nouveaux.

En novembre, je trouve à noter des douleurs fulgurantes fréquentes dans les membres, principalement dans les jambes, au niveau ou au-dessous des mollets; parfois il existe une sensation de striction bien nette au niveau des cou-de-pieds; la marche, malgré cela, est assurée, même les yeux fermés. La vessie est paresseuse et souvent la nuit il y a perte involontaire d'urine; les érections sont devenues très rares et pas assez complètes pour que le coït soit pratiqué. Iodure de potassium, frictions avec le baume de Fioraventi.

Au milieu de décembre, réapparition de douleurs dans la partie postérieure de la tête avec sensation de battements réguliers lorsque le malade fait un effort, par exemple lorsqu'il s'agit d'aller à la garde-robe; en plus, douleurs dans la partie postérieure des cuisses sur le trajet des sciatiques; la marche est gênée. Iodure de potassium.

Les mois de janvier, février, mars 1876 se passent assez bien, malgré l'apparition à de certains moments des mêmes phénomènes que j'ai notés en novembre et décembre 1875; j'ai eu recours à quelques frictions mercurielles en janvier et à diverses reprises à l'administration de l'iodure de potassium à des doses qui ont varié de 2 à 4 grammes par jour; j'y ai joint des bains avec le sel de Pennès.

En avril, des douleurs se font sentir dans les bras et aussi dans les parois thoraciques avec sensation de constriction bien prononcée.

D'après mon conseil, le malade fait usage des courants continus sur le trajet de la colonne

vertébrale, le pôle positif en bas et le pôle négatif en haut; il se sert d'abord de 15 puis de 24 éléments.

Interrompus en mai, en raison d'une absence du malade, les courants sont repris au commencement de juin et continués sans interruption jusqu'au 25 juillet; cela n'empêche pas l'administration, à diverses reprises, de l'iodure de potassium.

Le 25 juillet, les douleurs thoraciques en ceinture étant devenues très prononcées, je fais cesser l'électricité et reprendre quelques frictions d'onguent napolitain.

Le 4 août, les douleurs thoraciques en ceinture avec constriction persistent encore quoique atténuées; je fais appliquer sur la partie supérieure de la colonne vertébrale dorsale un vésicatoire volant étroit, mais long de 20 centimètres.

On cesse les frictions d'onguent napolitain et on continue l'iodure.

Le 22 août, nouveau vésicatoire en haut de la colonne vertébrale dorsale.

En septembre, les douleurs thoraciques ont beaucoup diminué; le malade a pu chasser deux fois. On reprend les courants continus.

Dans la deuxième quinzaine d'octobre, les douleurs thoraciques avec constriction reparaissent, il s'y joint des douleurs dans la partie postéro-externe du bras gauche. Nouveau vésicatoire volant sur la colonne dorsale empiétant sur la région cervicale; 4 grammes par jour d'iodure de potassium.

Le reste de l'année 1876 se passe ainsi avec des alternatives d'apparition et de disparition des douleurs thoraciques en ceinture. Le malade est toujours obligé de faire des efforts répétés pour vider sa vessie, et pendant les efforts il ressent un peu de douleur dans la partie postérieure de la tête; il perd de temps à autre un peu d'urine la nuit.

Le traitement consiste dans l'application des courants continus et l'emploi de l'iodure.

Au commencement de mars 1877, le malade devient très souffrant; il se plaint de douleurs dans la partie postérieure de la tête et la région frontale; il éprouve des contractions, des espèces de crampes dans les jambes et les membres thoraciques; de fréquentes crises gastralgiques. L'appétit est nul; il existe un peu de diarrhée.

L'effort nécessaire pour uriner ou pour aller à la garde-robe réveille toujours la douleur occipitale; par moments se montrent les contractions douloureuses en ceinture au niveau du thorax, des douleurs sur le trajet des sciatiques, une sensibilité anormale de la pulpe des doigts de la main gauche; la pupille gauche est toujours plus serrée.

Je fais appliquer un vésicatoire volant sur le trajet de la colonne vertébrale, reprendre l'usage de l'iodure; comme aliment, je donne de la viande crue dans du bouillon. Peu à peu, l'amélioration se produit et, le 17 mars, le malade peut venir à pied chez moi.

Les mois d'avril et de mai se passent d'une façon passable.

Vers la fin de mai, les douleurs précédemment énumérées qui, sans disparaître, s'étaient atténuées, reparaissent avec intensité; il s'y joint des douleurs dans les tempes et les mâchoires. Vésicatoire volant sur la colonne vertébrale; continuer l'iodure de potassium.

En juillet, sollicité par le malade de trouver un moyen de calmer ses souffrances, j'essaie sans aucun succès le salicylate de soude, à la dose de 3 et 4 grammes par jour. Je suis obligé de revenir à l'iodure de potassium, qui est encore, ici, le médicament le plus utile; j'y joins quelques enveloppements avec le drap mouillé.

Rien de particulier à noter pour le reste de l'année 1877, sinon que le malade, tout en passant par des alternatives d'amélioration et de rechute, dépérit plutôt. Il me signale en octobre, après une crise plus accentuée, de la diminution de la sensibilité du bas des jambes.

Je lui continue encore mes soins jusqu'au 8 avril 1878, sans qu'aucun phénomène nouveau soit survenu qui mérite d'être signalé.

Il a passé l'hiver, en somme, d'une manière assez satisfaisante; le traitement dont je me suis servi jusqu'à la fin a consisté, comme moyen principal, dans l'emploi simultané ou alternatif des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium, à la dose journalière de 4 ou 5 grammes; comme moyen accessoire, j'ai eu recours aux courants continus qui ne m'ont pas paru, je dois le dire, jouir d'une grande efficacité dans ce cas particulier; tandis que le mercure et l'iodure de potassium ont manifestement enrayé, à diverses reprises, la marche des accidents.

En mai, le malade, désespéré sans doute de ne pas obtenir une guérison définitive, me quitte pour suivre un traitement homœopathique.

J'apprends plus tard qu'il a succombé, le 27 juillet 1878, en moins de dix minutes après dîner, en se plaignant de ressentir de vives douleurs dans la tête.

Je dois ajouter que le malade n'avait jamais, à une époque quelconque de sa vie, commis d'excès d'aucune sorte et qu'il avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'au moment où il a contracté la syphilis.

Son père est mort, cinq ou six ans avant lui, d'un ramollissement du cerveau.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 mars 1883. — Présidence de M. Blanchard.

Un brave monsieur écrit à l'Académie pour lui rappeler que le prix Barbier doit être décerné à ceux qui trouvent quelque moyen de conserver la santé et de prolonger la vie. Or, le brave monsieur est âgé de 75 ans; il est son propre médecin et il se porte à merveille. Il prie, en conséquence, l'Académie de le comprendre parmi les candidats au prix Barbier. M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer en souriant que malgré la ferme conviction en son mérite, le correspondant en question n'aurait de chances à l'obtension d'une récompense de ce chef qu'autant que M. Chevreul ne se mettrait pas sur les rangs. Et M. Chevreul n'est pas le dernier à rire de la réflexion de M. le Secrétaire.

M. Spiridion Kanellis adresse une nouvelle note sur la production du choc précordial.

M. Jules Cloquet a légué, par testament, son buste en marbre à l'Académie. Cela résulte d'une lettre écrite à M. le Président par le notaire chargé de la liquidation.

M. d'Abbadie rend compte de sa mission à l'île de Taïti, et des observations qu'il a pu recueillir touchant le passage de Vénus sur le soleil. M. le Président, après avoir rappelé les fatigues supportées par M. d'Abbadie et les dangers que lui a fait courir une épidémie de fièvre jaune; après avoir fait allusion à la mort de Chape d'Hauteroche à San Lucas-de-Californie, en 1769, dans des circonstances analogues, complimente M. d'Abbadie sur son courage, son abnégation, son amour désintéressé de la science, et le charge de transmettre les félicitations de l'Académie à ses compagnons et collaborateurs.

M. Tresca donne lecture d'un travail technique sur le poinçonage des métaux.

M. Faye met sous les yeux de l'Académie de fort belles et très intéressantes épreuves photographiques, représentant les constellations de l'Amérique du sud. Il est, dit le savant astronome, plus facile de calculer les distances respectives des étoiles sur ces épreuves que sur le ciel même, et il est fort regrettable que les photographies françaises n'imitent pas encore, sous ce rapport, leurs confrères de l'autre côté de l'Atlantique. M. Faye dépose sur le bureau une note de M. Stanislas Meunier sur la composition des météorites; note très importante, dit-il, et digne d'attirer l'attention des géologues, des chimistes et des astronomes.

M. Pasteur, au nom de M. Cochin, communique une note relative aux divers effets produits par l'air sur la levûre de bière.

A propos d'une question d'optique atmosphérique soulevée par M. l'amiral Cloué, dans une note relative aux pêcheries de Terre-Neuve, M. Faye a donné une explication de l'augmentation de la grandeur apparente de la lune à l'horizon, qui ne me semble pas aisément compréhensible : « Il est facile de s'assurer, dit le savant académicien, que nous jugeons de la grandeur des objets vus en perspective sur un fond de tableau quelconque, non seulement par l'angle visuel qui est invariable, mais aussi par la distance à laquelle nous imaginons que l'image est placée, c'est-a-dire celle du fond de tableau où elle se peint. Ainsi, si vous regardez à travers une vitre une surface éloignée et bien éclairée, une muraille ou le sol, il peut arriver qu'un animal très petit, un moucheron, placé à votre insu sur la vitre, ou une petite tache noire, se peigne pour vous sur le fond du tableau que vous considérez et vous paraisse d'une grandeur extraordinaire, bien entendu avec tous les caractères de la vision confuse. Mais s'il vous arrive de regarder sur la vitre, l'œil, s'accommodant à cette distance, y saisit la tache ou le moucheron, et l'illusion disparaît aussitôt. Vous cessez de voir l'objet se peindre sur le fond du tableau éloigné parce que l'œil le saisit, là où il est, avec ses dimensions habituelles. Pour les astres, la lune, par exemple, dont la distance est énorme, il n'y a pas d'adaptation possible de l'œil; la lune ne cesse pas d'être vue en peinture sur le fond de ciel, d'autant plus grande que ce fond de tableau est plus éloigné, c'est-à-dire deux fois plus grande près de l'horizon qu'au zénith. » Et l'honorable académicien ajoute, en note : « Le fond du tableau, le ciel, est plus éloigné à l'horizon qu'au zénith, parce que la couche des particules aériennes faiblement éclairées est bien plus profonde dans le sens horizontal que verticalement. »

J'avoue que, pour mon compte, je ne saisis pas du tout la valeur de cette considération; le ciel ne paraît pas plus loin à l'horizon qu'au zénith... Mais il suffit peut-être de signaler au bienveillant et sympathique M. Faye la difficulté qu'éprouvent ses lecteurs ignorants à comprendre sa démonstration pour qu'il la complète à la première occasion. Nous l'espérons, du moins.

M. le président annonce que la séance solennelle de l'Académie des sciences aura lieu lundi prochain 2 avril, à 2 heures précises.

— L'Académie se forme en comité secret à cinq heures. — M. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 janvier 1882. — Présidence de M. Millard.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — Présentation d'ouvrage : *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*, par M. Constantin Paul. — M. Martineau : *Inoculation de la syphilis au singe.* Discussion : MM. Féréol, Martineau. — M. Kiener : Communication sur les *Rapports de l'inflammation avec les tuberculoses.*

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Journal de médecine de Paris.* — *Le Progrès médical.* — *La Loire médicale.* — *Annales de la Société d'hydrologie médicale.* — *Annales de gynécologie.* — *Gazette médicale de Nantes.* — *La Tribune médicale.* — *Journal de thérapeutique de Gubler.* — *Lyon médical.* — *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.* — *Journal d'hygiène.* — *Archivos de la Societad de Estudios clinicos de la Habana* (1881). — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique (1882). — *De l'égophonie et du souffle amphorique dans un cas de pleurésie sèche, chez un malade atteint de cancer des ganglions péribronchiques à droite et d'un cancer du foie à marche rapide*, par le docteur Vergely. — *Traitement du goître vasculo-kystique par l'électrolyse capillaire*, par le docteur H. Henrot. — *Des lésions anatomiques et de la nature du myxœdème*, par le docteur H. Henrot.

—

M. Martineau continue sa communication sur l'inoculation de la syphilis au singe.

Dans la séance du 12 janvier, j'annonçais à la Société que les chancres infectants étaient complètement cicatrisés, laissant une induration caractéristique, et que quatre syphilides érosives étaient survenues sur la verge depuis le 9 janvier, c'est-à-dire au cinquante-quatrième jour de l'inoculation. Ces syphilides se sont multipliées. Le 13 janvier, on en comptait neuf environ, ainsi que vous pouvez vous en assurer sur le moule en cire qui a été exécuté avec la plus grande fidélité par M. Jumelin. Quelques-unes de ces syphilides sont érosives, quelques-autres sont légèrement papulo-érosives; enfin une, située à gauche, est diphthéroïde. Leur volume est variable depuis la tête d'une épingle jusqu'au diamètre d'une lentille.

Le 15 janvier (septième jour de l'apparition), les syphilides, surtout les plus petites, commencent à se cicatriser. Ce travail de cicatrisation s'étend les jours suivants aux autres syphilides. Il était terminé le 22 janvier, c'est-à-dire dix-neuf jours après leur développement (soixante-huitième jour de l'inoculation).

L'induration chancreuse persiste encore; mais elle va diminuant de jour en jour. Les syphilides papuleuses ont laissé un nodus de l'épiderme très appréciable. Les ganglions inguinaux et axillaires sont moins volumineux. Seul le ganglion sus-hyoïdien reste développé. Le poi paraît tomber plus facilement. Sur la muqueuse buccale, sur la peau, je ne trouve aucune éruption syphilitique (25 janvier). L'animal maigrit; ses mouvements sont moins actifs. Toutefois son indocilité est telle, qu'il est presque impossible de prendre la température axillaire; aussi la température, 38 degrés quelques dixièmes, ne doit être considérée qu'approximativement.

Telle est actuellement (26 janvier) l'observation des phénomènes morbides survenus depuis l'inoculation. Jusqu'à ce jour, l'évolution de la syphilis a été normale et analogue à la syphilis humaine. Toutefois, l'évolution plus rapide. Elle continue : Je vous tiendrai, Messieurs, au courant des phénomènes morbides à mesure qu'ils se présenteront. Toutes les fois que les phénomènes éruptifs seront faciles à mouler, je prierai M. Jumelin d'en reproduire les caractères, afin que les syphiligraphes aient à leur disposition les matériaux établissant sur des faits incontestables la syphilis et son évolution chez le singe.

M. Féréol : On pourrait croire, d'après la comparaison des deux moulages que nous présente M. Martineau, que l'une des syphilides papulo-érosives résulte de la transformation du chancre *in situ.* Il est regrettable que M. Martineau n'ait pas fait représenter la période intermédiaire au chancre et à la syphilide.

M. Martineau : Il ne s'agit pas ici d'une transformation du chancre en syphilide papulo-érosive; car cette transformation qui n'est pas admise par tous les syphiligraphes, mais qui est réelle, se serait certainement produite comme chez l'homme, elle aurait été précédée d'un développement papulo-hypertrophique du chancre. Il n'y a pas à proprement parler d'interruption entre le chancre et la syphilide qui lui succède.

M. Laboulbène demande à M. Martineau comment il prend la température chez son singe.

M. Martineau : Je prends la température axillaire. Il m'est impossible de prendre la température rectale vu l'indocilité du sujet. Je ne pourrais y parvenir, ainsi que je l'ai dit, qu'en chloroformisant l'animal ; nous n'aurions donc que des résultats peu probants.

—

M. Constantin Paul présente son livre intitulé : *Diagnostic et traitement des maladies du cœur.*

M. Kiener fait une communication *sur les rapports de l'inflammation avec le tubercule* (Voir l'Union médicale des 22 et 29 mars 1883).

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Troisier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 novembre 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical;* le *Concours médical;* le *Journal de médecine de Paris;* le *Journal d'hygiène;* le *Journal des Sages-femmes.*

Une brochure de M. Brun, professeur à l'Université de Genève, intitulée : *Note sur les meilleurs procédés pour reconnaître les bactéries de la tuberculose et en faire des préparations microscopiques.*

Notes et observations de médecine légale, ayant pour sous-titre : *L'infanticide a la Cour d'assises des Landes,* de 1830 à 1879, par le docteur Sentex (de Saint-Sever), membre correspondant.

M. le docteur Dumas (de Cette) envoie plusieurs mémoires, réunis en un volume, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant. Une commission, composée de MM. Marchal, Charpentier, Collineau, rapporteur, est nommée pour examiner ces travaux.

M. de Beauvais, secrétaire général, lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe du docteur Mathelin, reçu récemment membre titulaire, et enlevé si prématurément à la Société de médecine. Ce discours est vivement applaudi par les membres présents.

M. le Secrétaire général propose à ses collègues de rayer de la liste des correspondants nationaux ou étrangers les membres qui n'ont pas répondu aux demandes successives spéciales qui leur étaient adressées, après la réception de trois lettres chargées. Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

—

M. de Ranse lit un mémoire sur les rapports de l'ataxie locomotrice avec la syphilis progressive. (Sera publié.)

DISCUSSION

M. Dubuc : On peut rencontrer à l'autopsie, simultanément, de la sclérose des cordons postérieurs à son début et des lésions manifestement syphilitiques. M. Fournier a donné, dans son ouvrage, des statistiques excessivement concluantes sur l'ataxie de nature syphilitique. — Toutes les observations, que je viens d'ailleurs de relire, ne laissent aucun doute sur la nature spécifique de l'ataxie.

M. de Ranse : Je répondrai à M. Dubuc que je ne connais pas d'observation, suivie d'autopsie, dans laquelle on ait constaté simultanément la sclérose des cordons postérieurs à son début avec une autre lésion médullaire manifestement syphilitique, dont la contemporainété instituerait un argument en faveur de la spécificité de la sclérose tabétique. Les partisans de cette spécificité ne l'ont donc pas même démontrée anatomo-pathologiquement.

Quant aux statistiques que rappelle M. Dubuc, je crois inutile de répéter les objections développées dans le travail que je viens d'avoir l'honneur de lire.

M. Abadie : Récemment M. Savard a publié une étude intéressante sur les myélites syphilitiques. Dans ce travail, fort bien fait et qui renferme plusieurs observations suivies d'autopsies, M. Savard nous montre que les lésions syphilitiques médullaires sont nombreuses et variées, et plutôt transverses que longitudinales. Il nous fait remarquer, en outre, que ces myélites d'origine syphilitique peuvent bien, à un moment donné, présenter quelques-uns

des symptôme de l'ataxie vraie, mais que ce n'est pas une raison pour les confondre avec cette dernière affection.

C'est en effet ainsi que la question doit être envisagée. Je ne conteste pas que certains syphilitiques dont la moelle est touchée ne puissent présenter quelques-uns des signes du tabes dorsalis, mais il ne s'ensuit pas pour cela qu'ils soient réellement des tabétiques. Comme d'une part certaines myélites d'origine spécifique présentent parfois dans le cours de leur évolution quelques-uns des symptômes qu'on attribue d'ordinaire à l'ataxie; comme d'autre part l'ataxie vraie peut évidemment survenir chez des individus qui ont ou ont eu la syphilis, celle-ci n'empêchant pas celle-là, la question du rapport entre la syphilis et l'ataxie sera difficile à débrouiller avec les seules ressources de l'observation clinique. Partisans et adversaires de l'origine spécifique de la syphilis pourront s'opposer réciproquement des arguments qui n'entraîneront pas une conviction absolue dans tous les esprits, et la discussion menacerait de s'éterniser. Pour y couper court, je tiens à reproduire un argument dont j'ai déjà dit un mot dans ma première communication, il me paraît décisif, et du reste on n'a fait encore jusqu'ici aucune tentative pour le réfuter.

Comme je l'ai déjà dit, nous voyons très souvent, nous ophthalmologistes, des ataxiques tout à fait au début de leur maladie, surtout lorsqu'elle commence par les nerfs optiques; ils viennent nous consulter à un moment où leur acuité visuelle commence à peine à décliner. Or, en prenant toutes les précautions possibles (usage d'un miroir plan, éclairage très faible), c'est tout au plus si nous découvrons un léger changement de teinte dans leurs papilles. Le nerf optique n'est le siège d'aucune inflammation, il n'y a ni congestion, ni infiltration, ni exsudats, son système lymphatico-sanguin semble ne participer en aucune manière au processus qui va s'établir; puis, peu à peu, lentement, la papille change de teinte, elle blanchit, ses fibres nerveuses s'atrophient sans que jamais à aucun moment il survienne autre chose que cette simple décoloration progessive.

Or, je le demande, peut-on citer une seule manifestion de la syphilis soit cutanée, soit viscérale, dont l'évolution puisse d'une façon quelconque être rapprochée de celle-là? Toute lésion syphilitique débute toujours par des modifications appréciables à l'œil nu dans le système lymphatico-sanguin de la région intéressée. Il y a toujours ou rougeur, ou gonflement, ou exsudat, ou infiltration, etc. Ce n'est jamais ce processus *atrophique d'emblée* absolument *sui generis* qui frappe le nerf optique. Il en est de la moelle comme des nerfs optiques. Debove a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un ataxique qui avait succombé accidentellement au début de sa maladie, alors qu'il n'avait encore que des douleurs fulgurantess. L'examen attentif de la moelle montra que les lésions systématiques existaient déjà; elles étaient peu marquées, voilà tout. Mais leur caractère atrophique était très net, il n'y avait ni congestion, ni infiltration, ni exsudats, etc.

M. de Ranse : Les nouveaux développements de M. Abadie, entièrement confirmatifs de ceux que je viens d'exposer, me dispensent de répondre à M. Richelot. Je ferai simplement remarquer, en y insistant, que l'examen ophthalmoscopique dans les affections oculaires de nature syphilitique et de nature tabétique, concorde de tous points avec les enseignements de l'anatomie pathologique pour établir entre les deux ordres de processus morbides, la ligne profonde de démarcation dont j'ai parlé.

L'observation de M. Desplats, dont M. Richelot a donné un résumé, et que je connaissais déjà par le compte rendu des séances de la Société médicale des hôpitaux, rentre complètement dans le cadre de celles que j'ai eu soin de distinguer, et dans lesquelles une syphilis cérébro-spinale, donna lieu, par une extension limitée, cératite, des lésion primitives aux cordons postérieures, à des phénomènes tabétiques accidentels, isolés, ne pouvant constituer par leur ensemble, ni dans la marche de leur évolution, le type classique de l'ataxie locomotrice progressive.

M. Dubuc lit l'observation suivante. (Voir plus haut.)

M. de Ranse : L'observation d'ailleurs très intéressante de notre collègue, comme celle de M. Desplats, vient non infirmer, mais confirmer ce que j'ai dit sur la nature des rapports entre l'ataxie et la syphilis. Le malade de notre collègue a eu une syphilis cérébro-spinale qui a débuté et s'est terminé par des phénomènes cérébraux. Dans l'intervalle, des symptômes médullaires ont témoigné de l'extension à la moelle des lésions syphilitiques, et entre temps quelques-uns des symptômes ont montré que sur certains points les cordons postérieurs étaient plus ou moins atteints secondairement.

Mais on cherche vainement, en écoutant l'histoire de la malade dans son ensemble, un ordre de succession, une évolution, une physionomie des signes caractéristiques de l'ataxie locomotrice.

J'aurai voulu chercher une observation à l'appui des idées que j'ai exposées, que je n'aurai pas mieux trouvé que celle de notre collègue.

M. Dubuc : Cette observation que je viens de lire serait regardée, j'en suis certain, par M. Fournier, comme un type d'ataxie locomotrice de nature syphilitique, car elle rentre complètement dans le cadre de celles qu'il a signalées comme provenant de même source.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Dr Delefosse.

FORMULAIRE

Des injections d'eau chaude contre les tumeurs hémorrhoïdales. Landowski.

Dans le cas de tumeurs hémorrhoïdales fluentes, le malade se place dans un bain de siège, dont la température ne doit pas être inférieure à 40°, et au moyen d'un hydroclyse, il pratique des injections intra-rectales avec l'eau du bain. Dans certains cas, il peut se contenter, pendant qu'il est dans le bain de siège, de maintenir le sphincter anal béant, à l'aide d'un petit spéculum. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — La *Gazetta degli ospitali* du 14 mars annonce la mort de M. le docteur Giuseppe Rosso, professeur de médecine opératoire à l'université de Gênes depuis 1851.

— M. Bischoff, professeur à l'université de Munich, vient de mourir à l'âge de 75 ans ; il était très connu par ses nombreux travaux d'embryologie.

— La *Presse médicale belge* annonce la mort de M. le docteur Isodore Buys, médecin honoraire des hôpitaux de Bruxelles, décédé en quelques jours des suites d'une pleuro-pneumonie aiguë. Il était âgé de 65 ans.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Les deux questions tirées au sort pour la question écrite sont : 1° les glandes de la peau, anatomie et physiologie ; 2° les tumeurs érectiles.

Faculté de médecine de Lyon. — *Concours pour deux places d'aide d'anatomie.* — Vendredi 16 mars s'est terminé, à la Faculté de médecine, un concours pour deux places d'aide d'anatomie. MM. Cénas et Truc ont été les vainqueurs de cette lutte où trois candidats internes des hôpitaux, d'une valeur sensiblement égale, se trouvaient en présence. Tous les trois ont fait preuve de connaissances solides et étendues, telles qu'on ne peut les acquérir que par un travail et des qualités de premier ordre.

Les épreuves ont porté sur les questions suivantes sorties de l'urne :

Nerf moteur oculaire commun ; mouvements de l'œil (4 heures pour la rédaction du mémoire). — Fonctions des reins (20 minutes d'exposition après 20 minutes de réflexion). — Pratiquer la ligature de l'axillaire dans l'aiselle ; désarticulation du poignet. — Muscles du pied (3 heures pour cette préparation anatomique). — Circonvolutions cérébrales (pour cette question d'anatomie, 20 minutes d'exposition après 20 minutes de réflexion).

Le poulailler en France. — M. Ernest Menault, rédacteur du *Journal officiel*, estime que la France nourrit aujourd'hui 45 millions de poules qui sont annuellement réformées par cinquièmes.

Des 34 millions de poules pondeuses naissent 100 millions de poulets. Sur ceux-ci, 10 millions environ sont réservés à la reproduction, 10 millions doivent périr d'accidents ou de maladies, mais 80 millions arrivent au marché.

Les 34 millions de poules pondeuses pondent chacune en moyenne 90 œufs par an, soit 3 milliards 60 millions d'œufs, valeur 6 centimes et donnant 183 millions et demi. Ceux-ci ajoutés aux 153 millions et demi de viande, provenant des poules et des poulets livrés à la consommation, élèvent le produit général du poulailler à 337 millions de francs. La France pourrait, paraît-il, nourrir 150 millions de poules ; alors le produit, tant en œufs qu'en viande, atteindrait au milliard.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Association Générale

SUR LA SÉANCE SOLENNELLE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE.

La séance, cette année, s'est prolongée beaucoup plus que d'habitude; une addition a été faite à son programme ordinaire, et c'est l'éloge d'Amédée Latour, prononcé par M. le docteur Gallard, son ami, son collaborateur et son médecin. Ce discours sera reproduit tout entier dans ce journal. Nous n'en disons rien, sinon que M. Gallard a fait, aux applaudissements unanimes de l'assemblée et avec une impartialité parfaite, l'historique de la fondation de l'Association. Désormais la part de l'initiateur est faite et la part des aides également. Pour être spirituelle, la distinction entre le premier et les autres n'en restera pas moins définitive.

Le nouveau Secrétaire général élu, M. le docteur Foville, faisait ses débuts, qui ont été des plus heureux. L'assemblée n'a pas marchandé les témoignages de sympathie et de gratitude au confrère distingué qui se charge, par dévouement pur, d'une si lourde besogne, et qui prouve du premier coup qu'il a toutes les qualités requises pour s'acquitter à merveille de ces fonctions difficiles, délicates, qui exigent autant de tact que de bienveillance et de fermeté. C'est une affaire conclue et bien conclue. De part et d'autre, si nous ne nous trompons, la satisfaction doit être égale.

M. le Président Roger n'en est pas à son début, et, chose merveilleuse, il a le secret d'exciter chaque année les mêmes curiosités, de provoquer les mêmes transports, en un mot le même succès. Peut-être cela augmente-t-il; semblable à la renommée, plus il va, plus il grandit. M. Roger est un des maîtres de la forme; il trouve des tours nouveaux pour dire ce qu'il veut, et, de plus, il sait puiser dans son cœur, ainsi que dans sa bourse, tant d'arguments irrésistibles qu'il est impossible de lui résister.

M. Brun, qui lui succède, arrive au même but par une autre méthode. C'est par la solidité du fond, par la puissance indiscutable du chiffre qu'il subjugue son auditoire. Cette sorte d'éloquence se passe facilement d'ornements, et n'en produit pas moins d'effet, en exposant simplement les résultats obtenus. La situation financière de l'Association est aussi prospère qu'on peut le désirer; les secours distribués augmentent; le taux des pensions s'élève, et grâce au bon vouloir et à l'intelligence des Sociétés locales, grâce aux libéralités des généreux donateurs et aux legs qui se multiplient, la caisse générale de l'œuvre sera bientôt deux fois millionnaire. C'est tout, et c'est assez. Que peut-on demander de plus ?

On n'a jamais rien demandé de plus, sous ce rapport, que l'Association n'a donné, et l'on peut dire que, de ce chef, la satisfaction chaque année a été complète. Il y aurait donc à répéter ici ce qui a été dit déjà bien des fois. Nous renvoyons aux comptes rendus antérieurs sans exception.

Le seul changement à signaler dans les tendances générales de l'Association porterait sur l'abandon de la répression de l'exercice illégal de la médecine. On parlait beaucoup, dans les premières années, de ces agissements considérés comme contraires aux intérêts professionnels. Ils ne sont pas moins fréquents aujourd'hui, et l'on n'en parle presque plus. L'Association paraît avoir renoncé, de guerre lasse, à son rôle protecteur. Elle n'est et ne veut plus être qu'une Société mutuelle de bienfaisance et de retraite. Elle y excelle, c'est vrai, et tous nous y applaudissons.

Mais il semble à plusieurs, cependant, qu'elle pourrait prétendre à une action plus large et que sa mission devrait être, sinon plus haute, du moins plus compréhensive. Ceux-là n'abandonnent pas tout espoir.

Un passage du discours, très substantiel, de l'honorable M. Foville montre que nous sommes à la veille du jour où l'Association, moins timorée sans cesser d'être aussi prudente, pourra faire entendre sa voix dans les discussions d'intérêt général concernant la profession. Les pouvoirs publics, loin de la tenir en défiance, ainsi qu'on le craignait, lui sauront gré peut-être de son intervention et l'écouteront enfin avec la sympathie qu'elle mérite. Cela ne résulte-t-il pas de la faveur avec laquelle la Chambre des députés a accueilli ce que M. Maze a dit de notre association, de notre fédération? Ce dernier mot, qui était, croyait-on, un épouvantail, a produit un effet tout contraire, et a décidé en apparence le vote des dispositions libérales contenues dans la loi nouvelle sur les Societés de secours. Maintenant l'union des Sociétés de secours entre elles est légale et c'est un grand bonheur pour notre Association que d'avoir fourni l'argument qui a emporté cette décision.

Maximin LEGRAND.

Le soir, à l'Hôtel Continental, la réunion était nombreuse; on a dîné un peu tard, dans une atmosphère beaucoup trop chauffée (ce qui montre que les médecins ne tiennent pas plus compte que le bon public des prescriptions même élémentaires de l'hygiène). D'ailleurs la gaîté, la confraternité, l'expansion n'y ont rien perdu.

Au champagne, M. le président ROGER a porté le toast aux Présidents et aux Délégués des Sociétés locales.

Je salue d'un accueil cordial les Présidents et les Délégués des Sociétés locales; ils veulent bien, laissant leurs affaires privées et les douces joies de la famille intime, venir de très loin à nos réunions annuelles pour y traiter des graves intérêts de la profession et s'asseoir au foyer sérieux de la grande famille médicale. Nous remercions de leur bienvenue ces dignes représentants de nos frères de toute la France.

Messieurs et chers confrères, en ce temps d'agitation professionnelle, d'aspirations vers le changement de tendances, à la désagrégation présente sous prétexte d'immenses unions futures, permettez au Président et au Sociétaire général de l'Association de vous rappeler la vieille devise :

« *Vincit concordia fratrum* », la concorde assure la victoire.

Buvons, amis, à cette victoire aimable : enivrons-nous (la Société de tempérance ne condamnerait pas cette sainte orgie) ; enivrons-nous de charité et de confraternité !

M. LAENNEC (de Nantes), au nom des Présidents et Délégués des Sociétés locales, a répondu en ces termes :

Messieurs, mes chers confrères,

Je n'ai point recherché l'honneur, assurément très grand, mais non exempt de péril, de répondre à notre bien-aimé et très honoré Président.

Je ne me fais aucune illusion, soyez-en convaincus, sur les titres que je puis avoir à cette faveur.

C'est au nom que je porte, c'est à l'École de médecine de Nantes à la tête de laquelle m'ont élevé les libres et bienveillants suffrages de mes chers collègues, c'est à la Société locale de la Loire-Inférieure, dont je puis aujourd'hui être fier d'être le président, que l'on a voulu rendre hommage.

La mission qui m'est confiée est, du reste, facile autant qu'elle est douce et agréable.

Facile, puisque je parle devant des confrères dont les sentiments me sont connus, et près desquels je suis assuré de rencontrer indulgence et sympathie.

Douce et agréable, puisque celui dont je vais avoir l'honneur de vous proposer la précieuse et chère santé est le maître éminent qui, par ses livres, par son enseignement, a contribué à initier de nombreuses générations de médecins aux difficultés de l'auscultation, et doit être regardé comme un des plus brillants continuateurs de l'œuvre de Laënnec ; un médecin accompli dont la vie faite d'honneur, de science, de probité, de dévouement, a été, est, et sera longtemps encore, je l'espère, un exemple des plus salutaires pour les adeptes de la profession médicale.

Un Président, enfin, que nous aimons tous à entourer de l'estime et de l'affection qu'il mérite si bien, et dont chaque année vous vous plaisez à acclamer la paternelle et généreuse direction.

Je bois et je vous propose de boire, Messieurs et chers confrères, à M. H. Roger, président de l'Association générale des médecins de France, et mon vénéré maître me pardonnera, j'en suis certain, d'associer dans ce toast tous les dignes collaborateurs du bureau.

M. Foville, secrétaire général, a porté le toast au Conseil judiciaire de l'Association et à Me Bétolaud.

Messieurs,

Il y a quelques heures, vous avez bien voulu m'honorer de votre approbation, lorsque, dans le compte rendu que j'étais chargé de vous présenter, j'ai proclamé les grandes obligations que l'Association générale des médecins de France contracte, chaque jour, à l'égard des membres éminents de son Conseil judiciaire. Malheureusement, vos applaudissements n'ont pas pu, à ce moment, être entendus par ceux auxquels ils s'adressaient.

Plus heureux, ce soir, nous avons le plaisir de compter, parmi les convives de ce banquet, le savant jurisconsulte qui, à cette même table, l'année dernière, a fait un éloge si convaincu des professions libérales; est-il utile de dire que mieux que personne, Me Bétolaud justifie cet éloge par la manière brillante dont il exerce une de ces professions, affirmant sa supériorité autant par l'élévation de l'esprit que par l'éloquence de la parole. Aussi suis-je certain, Messieurs, de répondre à votre propre pensée en vous proposant de boire à la santé des membres du Conseil judiciaire de l'Association, et d'adresser nos meilleurs souhaits et nos plus sincères remerciements à Me Bétolaud, un des plus illustres orateurs du barreau français, le savant avocat qui, avec ses collègues MM. Andral, Bosviel, Guerrier, Vannesson, est toujours prêt à nous éclairer sur nos droits et sur nos devoirs, à nous guider dans l'exercice des uns et dans l'accomplissemeut des autres.

A Monsieur Bétolaud.

Me Bétolaud, répondant à M. le Secrétaire général, s'exprime ainsi :

Messieurs,

C'est toujours un honneur d'assister à ces réunions confraternelles, de se trouver au milieu de vous, c'est-à-dire au milieu de l'élite de la science médicale, et à cet honneur votre aimable Secrétaire général vient d'ajouter le plaisir un peu embarrassant pour moi d'entendre des paroles pleines d'urbanité. J'écarte de ses éloges ce qu'ils ont eu d'excessif à mon égard, mais je veux en retenir la parfaite bonne grâce ; je le remercie au nom de mes collègues de votre comité consultatif, comme en mon nom personnel.

Messieurs, nous ne sommes pas seulement vos conseils; vous nous permettrez bien de nous dire aussi vos amis. A ce sujet, je veux vous rappeler un souvenir qui doit vous être cher. Vous avez eu pour premier conseil Bethmont, le grand avocat, qui fut mon bâtonnier et un de mes maîtres. C'est lui qui a plaidé votre mémorable procès contre les homœpathes; il y a ici quelqu'un, M. le docteur Gallard, qui pourrait vous en parler plus pertinemment que moi : j'étais à l'audience, tout jeune alors, et on m'aurait bien surpris si on m'eût prédit que je deviendrais un jour votre conseil. J'entends encore Bethmont parlant de la médecine, de ses bienfaits, de ses progrès, des services inappréciables qu'elle rend à l'humanité souffrante, et disant avec sa fine bonhomie et son adorable sourire : « Elle m'a guéri quelquefois, consolé « toujours, je lui dois de la reconnaissance. » Il a été l'inspirateur et le rédacteur de vos statuts. Il a bien prouvé qu'il était votre ami, car en mourant, sur sa fortune qui n'était pas considérable, il vous a légué une somme de 5,000 francs. A cette époque, vous fûtes autorisés sans difficulté à accepter le legs. Les choses n'ont pas toujours marché aussi facilement et tout récemment, à propos d'un autre legs, vous avez rencontré des difficultés sérieuses. Vous en avez triomphé grâce à une haute et équitable appréciation à laquelle je suis heureux de rendre hommage; vous devez ce succès à vous-mêmes, à votre crédit légitime, aux efforts et à l'autorité de votre éminent Président et des membres de votre Conseil général. Votre force est en vous-mêmes; elle est dans le but que vous poursuivez et dans les hommes éminents que vous placez à votre tête ; elle est dans vos œuvres, dans le bien que vous faites, dans les services que vous rendez. Permettez-moi de reprendre la devise que vous proposait tout à l'heure votre honorable Président « Vincit concordia fratrum », et de vous dire que si vous restez toujours unis dans une étroite solidarité confraternelle, l'avenir vous appartient.

Messieurs, je vous propose un toast à la mémoire des bienfaiteurs de votre Association.

CLINIQUE MÉDICALE

ACCIDENTS SECONDAIRES REBELLES. — ALBUMINURIE SYPHILITIQUE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR L'EAU DE CHALLES.

Par le docteur Colvis.

Mme X..., 23 ans, d'un tempérament lymphatique, a souffert de maux d'yeux constants pendant plusieurs années; elle a eu diverses maladies de l'enfance, rougeole, varioloïde, angine couenneuse à l'âge de deux ans; à huit ans, des engelures; à 14 ans, une adénite cervicale suppurée, une autre à dix-huit ans. Formée à 15 ans et demi, sa menstruation est régulière, mais très douloureuse.

Il y a quatre ans, Mme X... fut atteinte de syphilis; le regretté docteur Dufour la soumit à un traitement des plus sévères, par le mercure et l'iodure de potassium alternés pendant deux ans.

Au septième mois de la seconde année, c'est-à-dire en juin 1880, se montrèrent sur la main gauche et la partie inférieure de l'avant-bras des taches cuivrées recouvertes d'écailles épidermiques (psoriasis palmaire). Les préparations mercurielles furent reprises sans aucun avantage; les plaques de psoriasis, qui étaient le siège de démangeaisons (comme il arrive souvent), s'agrandirent en dépit du traitement, qui fut continué jusqu'à la fin de juillet. Alors survint une bouffissure à la face et une légère anasarque aux extrémités inférieures. Les urines examinées laissèrent déposer de l'albumine. Quelques jours auparavant, la malade s'était rendue à une fête, d'où elle était revenue pendant la nuit, par un temps froid et par une pluie battante.

L'œdème des membres inférieurs augmenta rapidement et, en quelques jours, gagna les parois de l'abdomen. Bientôt il fut tel, que des vergettures se produisirent sur le ventre et sur toute l'étendue des membres inférieurs. Il n'y avait, dans la région des reins, ni sensibilité ni augmentation de volume.

Une consultation eut lieu, et deux avis diamétralement opposés se produisirent : l'un voulait que la néphrite et l'affection de la main fussent également syphilitiques, l'autre niait le caractère spécifique du psoriasis, à cause du prurit et du traitement mercuriel inutilement suivi, et attribuait la néphrite au mercure trop longtemps administré. On prescrivit une potion au tannin et des bains de vapeur, traitement qui fut continué pendant quinze jours et ne fournit aucun résultat.

Le 29 août 1880, nouvelle consultation avec un autre confrère. La constitution strumeuse de la malade engage à prescrire l'emploi du sirop iodo-tannique de Guilhermond. Ce traitement est continué, sans modification de la maladie, jusqu'au 10 septembre.

Les urines contiennent 12 grammes d'albumine par litre. La méthode employée pour le dosage est la *méthode des dépôts*, du docteur Esbach, publiée en 1878.

Le 10 septembre survient une diarrhée abondante, qu'on traite par les moyens ordinaires, diascordium, extrait thébaïque, etc., et qui s'arrête le 15. La potion au tannin est donnée jusqu'au 20 septembre; l'œdème étant toujours le même, on la remplace par le sirop d'iodure d'amidon de Quesneville.

Le 27, la médication précédente n'ayant donné aucun résultat, on revient à l'iodure de potassium, associé au tartrate de fer et de potasse.

Le 28, la quantité d'albumine est toujours considérable (12 grammes par litre). Abdomen augmenté de volume, bouffissure de la face très marquée, gêne notable de la respiration, appétit nul, insomnie complète.

Des bains de vapeur sèche sont administrés tous les deux jours, et alternent avec des fumigations de baies de genièvre sur la surface du corps. Ces deux moyens, unis à l'iodure de potassium, sont continués jusqu'au 6 octobre.

Le 6 octobre, il y a toujours 12 grammes d'albumine par litre, l'anasarque est générale, la respiration très gênée. Aucune médication n'ayant réussi à atténuer un état aussi grave, que le médecin traitant attribue toujours à la syphilis, l'eau de Challes est administrée à la dose d'un quart de verre, le matin à jeun.

L'amélioration se produit aussitôt. Dès le 7 octobre, une diurèse abondante s'établit, l'appétit revient, l'insomnie cesse, la malade se sent renaître. Le 8, la diurèse continue et l'enflure diminue considérablement. Le 11, le professeur Potain, qui avait vu la malade le 27 septembre et admettait la possibilité d'une syphilis des reins, constate une grande amélioration qui lui paraît due à l'emploi de l'eau de Challes. Albumine, 8 grammes par litre.

Le 20, l'enflure continue à diminuer, les membres inférieurs reviennent graduellement à leur état normal. Le 27, il y a 5 grammes d'albumine par litre, l'état général est bon, il

reste à peine un peu d'enflure aux membres inférieurs. Mais les cheveux tombent avec abondance, et les syphilides papulo-squameuses des mains, qui avaient les dimensions de pièces de cinquante centimes et d'un franc, s'agrandissent et s'avivent.

Le 5 novembre, la chute des cheveux est toujours abondante, les syphilides palmaires sont très vives. Etat général satisfaisant, bon appétit et digestion facile. Il existe cependant un peu de ballonnement du ventre. Les urines, examinées avec soin par le docteur Esbach, donnent de 4 à 5 grammes d'albumine.

Le 15 novembre, il n'y a plus trace d'enflure, la malade est pleine de gaieté et d'entrain. Le psoriasis palmaire se marque de plus en plus; les ganglions épitrochléens sont augmentés de volume et un peu sensibles à la pression. L'eau de Challes, désormais inutile, est remplacée par des frictions dans l'aisselle avec l'onguent napolitain, et par l'iodure de potassium à la dose de 80 centigrammes, seule dose qui soit tolérée.

Le 22 novembre, le ventre est toujours ballonné, mais l'appétit est conservé et l'état général reste bon. Voici l'état du psoriasis palmaire : une couleur cuivrée occupe toute l'étendue de la paume de la main gauche, l'éminence thénar, et s'étend à 1 centimètre au-dessus de l'interligne articulaire du poignet. Sur cette rougeur cuivrée, uniforme, sont semées des indurations papulo-squameuses, dont l'étendue varie de 1 à 3 centimètres, et qui siègent au niveau de l'extrémité inférieure du cubitus, à la paume de la main, sur l'éminence thénar, sur les plis de la base des doigts. Toutes ces syphilides sont gercées et très douloureuses.

Sur la face palmaire du pouce droit commence une papule; elle est blanche, très légèrement squameuse au centre, et entourée d'une auréole rouge. Depuis quelques jours, une papule se développe au sourcil gauche. Notons que la loi de symétrie des affections syphilitiques ne trouve pas ici sa confirmation.

Le 28 novembre, les syphilides sont de plus en plus douloureuses; l'iodure de potassium et les frictions mercurielles ne donnent aucun résultat; l'iodure d'ailleurs est mal toléré, il y a des nausées, des borborygmes et de la diarrhée. L'analyse de l'urine donne 15 grammes d'albumine par litre. On cesse la médication.

Le 1er décembre, la suppression de l'iodure a fait cesser les troubles digestifs, l'appétit est revenu. La quantité d'albumine est de 5 grammes par litre; le 3 décembre, elle est de 3 grammes.

Le 5 décembre, M. le docteur Martineau est prié de venir voir la malade; son diagnostic est le même que celui du médecin traitant : albuminurie syphilitique, tempérament strumeux. Il conseille, comme traitement général, le bichlorure de mercure en pilules et en bains, l'huile de foie de morue, le vin de quinquina, les viandes grillées, le vin de Bordeaux; localement, des onctions sur les syphilides papulo-squameuses avec la pommade au précipité blanc.

Les suites du traitement peuvent se résumer en peu de mots. Il y eut quelques difficultés dans l'administration de l'huile de foie de morue, que la malade ne tolérait pas très bien; mais l'état général resta bon en somme, et l'anasarque ne reparut pas. Tout d'abord il n'y eut pas de changement dans les syphilides papulo-squameuses; mais, vers le 11 décembre, elles commencèrent à diminuer, et, le 18 mars 1881, toutes avaient disparu. Cependant, il y eut de nouvelles poussées de psoriasis aux deux mains, du 14 au 30 avril, puis pendant les mois de mai et de juin 1881; guéries le 17 décembre de la même année, les plaques reparurent le 25, et c'est le 20 janvier 1882 que toute trace d'accident syphilitique fut effacée définitivement.

La chute des cheveux dura longtemps, pour s'arrêter progressivement à partir du milieu de janvier 1881.

Le dosage de l'albumine donnait 2 grammes le 11 décembre 1880, 50 centigrammes le 19, même quantité le 17 janvier 1881.

Les forces se rétablirent peu à peu, la malade put sortir et reprendre ses distractions habituelles; les règles, disparues depuis le 12 août 1880, se montrèrent le 18 décembre, et revinrent naturellement depuis cette époque.

La médication spécifique fut cessée et reprise alternativement à chaque poussée nouvelle de psoriasis palmaire. Le 2 juillet 1881, Mme X... partit pour Challes, où le docteur Roger la soumit à un traitement minéral exclusif. Elle en tira de bons effets, et à son retour, c'est-à-dire à partir du 2 août, les syphilides furent traitées à la fois par la médication spécifique et par les bains de mains avec l'eau de Challes. La malade put être considérée comme guérie à la fin de janvier 1882.

Conclusions. — Les conclusions à tirer de cette observation nous paraissent être les suivantes :

1° Le traitement interne de la syphilis ne suffit pas toujours à la guérir ou à en effacer les manifestations.

2° Au traitement interne on doit ajouter un traitement externe très régulièrement appliqué.

3° Si la syphilis coexiste avec une maladie générale, telle que la scrofule, le traitement de cette maladie doit être institué concurremment avec celui de la syphilis.

4° L'heureux effet que paraît avoir eu l'eau de Challes, dans notre observation, pour faire diminuer rapidement l'anasarque, nous engage à en conseiller l'emploi contre les accidents secondaires des organes internes, et des reins en particulier.

BIBLIOTHÈQUE

Le cuivre et le plomb dans l'alimentation et dans l'industrie au point de vue de l'hygiène, par M. E.-J. Armand Gautier. — Paris, 1882; J.-B. Baillière.

La question du cuivre et du plomb est quotidiennement encore discutée par les hygiénistes. Bien que n'existant pas normalement dans l'organisme, ces métaux se rencontrent néanmoins dans le sang et les tissus. Ils y sont donc continuellement introduits par nos boissons, nos aliments et les objets qui nous entourent. Quel est le mécanisme de leur introduction, leur rôle à petites doses dans l'organisme, leur mode d'élimination et le moyen de les rechercher? Telles sont les questions auxquelles M. A. Gautier répond en exposant les résultats de ces travaux personnels et des recherches de ses devanciers. Parmi les chapitres les plus intéressants pour le lecteur, signalons donc ceux qui ont pour sujet : l'*emploi du cuivre comme conservateur et colorant*, les pratiques industrielles du *reverdissage* des aliments, l'influence des *professions à cuivre sur la santé des ouvriers* et *sur la prophylaxie de certaines maladies.*

L'étude du plomb, dans la deuxième partie du volume, est consacrée à la description des *procédés chimiques de recherche de ce métal dans les aliments*, dans les *ustensiles usuels*, les *produits de la parfumerie.*

Dans l'hygiène prophylactique des ouvriers qui travaillent le plomb, M. A. Gontier conseille l'usage du lait, des bains sulfureux, de la limonade sulfurique, de l'iodure de potassium, les aliments salés. Ces moyens ne sont pas nouveaux. Néanmoins, ils ne sont guère employés, à cause de l'insouciance des ouvriers et de l'incurie de certains patrons. D'ailleurs l'efficacité de ces moyens prophylactiques n'est réelle qu'autant qu'on en fait usage d'une manière continue. Le livre de M. Gautier est donc un résumé de l'état de l'opinion des hygiénistes et de leurs travaux récents sur ces questions toujours actuelles. Il sera donc lu avec intérêt, même par ceux qui ne partagent pas toutes les opinions de l'auteur. — C. E.

De l'usage interne de la glycérine et de ses effets thérapeutiques, par M. le docteur Charles Tisné. — Paris, 1882; Coccoz.

Le but que se proposait l'auteur de cette thèse était de savoir si la glycérine était un agent d'épargne s'opposant à la désassimilation des matières azotées ou un agent favorisant l'assimilation. C'est la deuxième de ces propositions qui est adoptée par M. Tisné, de sorte que la glycérine serait un régulateur des fonctions digestives et amènerait une élévation du poids des malades. A doses thérapeutiques, elle augmenterait la sécrétion biliaire et la diurèse. De plus, les urines perdraient de leur alcalinité et dans certains cas leur purulence, serait diminuée. — L. D.

JOURNAL DES JOURNAUX

Statistique sur le diabète, par Schmitz. — Sur 600 cas, Schmitz compte 407 hommes et 193 femmes. Age : entre 4 et 78 ans. 248 fois il y avait des antécédents héréditaires; comme causes déterminantes : 183 fois, la tristesse, les soucis; 153 fois, abus d'une nourriture sucrée; 45 fois, la goutte; on observait une sorte de balancement entre les accès de goutte et la production du sucre. Le poids spécifique de l'urine le plus élevé est 1,042; la plus grande quantité excrétée, 9 litres. Les quantités minima 500, 800 c. c. s'accompagnaient de sueurs abondantes. La diminution du sucre coïncide souvent avec une augmentation des phosphates et des oxalates. Quand l'albuminurie coexiste, on observe souvent que le sucre augmente quand l'albumine diminue, et réciproquement. La sécheresse de la peau et l'amaigrissement se voient souvent ensemble; 35 fois il existait de l'obésité. La faiblesse et la perte générale des forces doivent être rapportées, d'après l'auteur, à une altération générale de la fibre musculaire, s'étendant au muscle cardiaque, l'asthénie cardiaque devant revendiquer un certain nombre des cas de mort qu'on attribue au soi-disant coma diabétique et à l'acétonémie. L'exagération de l'appétit peut tenir ou à l'activité des échanges, ou à un trouble purement

nerveux de l'estomac. Le pronostic est un peu moins grave, dans l'esprit de Schmitz, qu'on ne l'admet généralement. Le diabète nerveux, psychique, alimentaire, même goutteux, comporte le pronostic le moins défavorable. Le diabète de l'enfance et celui de la vieillesse sont dans le même cas. (*Deut. med. Woch.*, 48-51, 1881.)

Numération des globules dans l'anémie traumatique, par LYON. — Des saignées pratiquées sur des chiens permettent de constater une diminution immédiate du nombre des globules. Cette diminution est proportionnelle à la quantité de sang extraite; elle s'accuse encore les jours suivants; le minimum est atteint du deuxième au neuvième jour. Dans les saignées copieuses, atteignant 3,5 à 4,5 pour 100 du poids de l'animal, le retour à la proportion normale se fait seulement du dix-neuvième au trente-quatrième jour. On n'obtient jamais une diminution de plus de 86 p. 100 du chiffre physiologique. Les globules blancs augmentent déjà pendant le cours de la saignée même; mais cette augmentation se précipite aussitôt après et pendant tout le jour qui suit, jusqu'à les porter au double et même au quintuple de la proportion normale. Cette augmentation persiste quatre jours en moyenne.

Les résultats cliniques diffèrent peu des résultats expérimentaux. On observe, à la suite des opérations sanglantes, la même chute continue du nombre des globules rouges, l'augmentation des globules blancs et un lent retour aux chiffres physiologiques : de deux à cinq jours à la suite des pertes de sang légères; de cinq à quatorze jours quand cette perte a atteint de 1 à 3 p. 100 du poids du corps; de quatorze à trente jours pour une perte de 4 p. 100; en moyenne de vingt-deux jours. (*Virch. Arch.*, B. 84, 1881.)

Paralysie ascendante aiguë, par SCHULTZ. — Ce cas diffère de la forme type de Landry par la disparition précoce de l'excitabilité faradique.

Un homme de 44 ans, sans autre antécédent qu'une syphilis bien traitée cinq ans auparavant, ressentit pour la première fois, en septembre 1881, de la faiblesse dans les jambes, aboutissant rapidement à la paralysie; les bras commencèrent à se prendre à cette époque, surtout le gauche, puis les muscles du cou et de l'abdomen.

La mastication et la déglutition s'accompagnaient de douleurs intolérables. Il n'y eut pas de paralysie faciale ou oculaire. Les réflexes cutanés ou tendineux se perdirent complètement; cependant la sensibilité était presque complètement intacte, sauf un engourdissement des doigts et des orteils. Le courant faradique ne donnait aucun résultat, appliqué aux muscles et aux nerfs des membres; le courant galvanique révéla très nettement la réaction dégénérative sur les muscles de la jambe; mais l'excitation directe des nerfs radial et cubital n'aboutissait qu'à de très faibles contractions avec 20 éléments de Stöhrer. La mort eut lieu le 26 novembre. L'autopsie montra une myélite aiguë localisée, surtout aux cordons antérolatéraux et aux cornes antérieures (poliomyélite). Les cordons postérieurs et les racines correspondantes, les méninges, étaient presque intacts. Dans les muscles, disparition de la striation et dégénérescence graisseuse. (*Arch. f. Psych.*, XII, 2.)

Des paralysies et des contractures myogènes, par VOLKMANN. — Celles-ci sont consécutives à des fractures, luxations, entorses, et se développent sous les appareils trop longtemps maintenus en place. Ce sont, au principe, des accidents d'ischémie, ainsi que le démontrent les expériences sur les animaux, et aboutissant à des lésions matérielles des faisceaux musculaires et peut-être des nerfs. La paralysie et la contracture peuvent être simultanées, ou elles se succèdent à bref intervalle. Les muscles contracturés perdent de très bonne heure leur extensibilité et opposent aux mouvements d'extension forcée un obstacle presque invincible. Cet obstacle ne fait que croître avec l'envahissement de la substance musculaire par les processus de dégénérescence dont l'apparition est prompte. Le pronostic est sous la dépendance de la plus ou moins grande quantité de faisceaux envahis. L'action du traitement est malheureusement limitée : mouvements forcés imprimés aux parties sous le sommeil chloroformique; mais, dans les cas invétérés, on briserait les os et on déchirerait les tendons avant de rien obtenir des muscles. La ténotomie est une ressource éventuelle précaire. Quant il s'agit de la main et des doigts, la lésion est le plus souvent incurable. (*Central Bl. f. Chirurgie*, n° 51, 1881.)

De l'alimentation par les injections sous-cutanées, par EICHHORN. — Un grand nombre d'expériences ont été faites par l'auteur sur des lapins, dans le but de rechercher si on ne pourrait pas suppléer jusqu'à un certain point à l'alimentation gastrique par des injections sous-cutanées de substances alimentaires. Il a expérimenté dans ce but des corps gras, les huiles (huile de morue, huile d'olive, d'amandes douces), l'albumine de l'œuf, la peptone de Sander, le lait de vache étendu d'un tiers d'eau sucré.

Il est d'abord constaté que l'absorption sous-cutanée s'exérce en général avec facilité à

l'égard de ces substances, mais à des degrés divers pour chacune d'elles. Le siège des injections importe peu. Le lait de vache étendu s'y prête le moins : 20 gr. demandaient 24 heures avant d'être résorbées ; 20 gr. de peptone, 15 heures en moyenne seulement. Le blanc d'œuf est assez réfractaire ; il détermine souvent des abcès, accident immanquable si on l'a battu avec le jaune. La valeur nutritive de ces injections est incontestable. Un mélange d'huiles de morue, d'amandes et d'olives (30 grammes chaque) faisait vivre les animaux d'expérience, sans aucune autre alimentation, jusqu'à 33 jours, pendant que les témoins mouraient en 12 jours. L'huile de morue seule, à la dose de 50 grammes par jour, aurait encore plus de valeur alimentaire, et les peptones l'emporteraient même sur cette dernière. Le sang défibriné est inférieur à toutes ces substances, et l'eau sucrée vient en dernier lieu. Il semblerait que la clinique pût profiter de ces résultats, dans la thérapeutique de certains cas extrêmes. (*Wien. med. Woch.*, 1881, 31-34.)

Les causes de la pigmentation cutanée dans certaines affections, par MAC HAUGHT. — Cette pigmentation se produit au cours d'un certain nombre d'affections qui ont l'anémie comme caractère commun : la chlorose, l'anémie pernicieuse idiopathique, la maladie d'Addison, certaines maladies des organes génitaux chez la femme, la grossesse même. Le siège de la pigmentation, sa nature, sont identiques dans tous les cas. Le système nerveux ne doit jouer qu'un rôle assez secondaire, parce qu'il est loin de se présenter comme un élément constant dans les diverses affections. Au contraire, l'anémie paraît être la condition constante et primordiale de l'apparition du symptôme ; l'état anatomique des capsules surrénales, des ganglions du sympathique abdominal, n'a que peu d'importance. La grande proportion des globules blancs est notée dans presque tous les cas. (*The Brit. Med. Journal*, 29 juillet 1882.)

Carie vertébrale avec perforation de l'œsophage, par PENZOLAT. — Ces cas sont rares ; l'auteur a rassemblé les trois cas suivants ; dans le dernier seulement, cette complication, qui est dorénavant à envisager, fut reconnue sur le vivant.

1° On n'avait constaté pendant la vie que les signes de tuberculose pulmonaire et intestinale. L'autopsie révéla l'existence d'une carie des cinquième et sixième vertèbres cervicales, avec une perforation de l'œsophage au niveau de la cinquième.

2° Compression de la moelle, suite de carie vertébrale ; vers la fin de la vie, symptômes de paralysie ; décubitus ; fièvre ardente. A l'autopsie, carie des quatre premières vertèbres dorsales, avec ramollissement de la moelle ; ouverture de l'œsophage sur un centimètre de longueur.

3° Homme de 53 ans, phthisique : carie des premières vertèbres dorsales ; sans symptômes de compression. L'ouverture de l'œsophage fut annoncé par l'expulsion d'une grande quantité de mucosités teintées de sang, contrastant avec l'expectoration rare et purulente des jours précédents. Douleur cervicale violente ; déglutition impossible ; tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx. Autopsie : carie des quatre premières vertèbres dorsales ; à la première correspondait la perforation œsophagienne de 7 millimètres de longueur. (*Virch. Arch.*, 86 B. 1881.)

R. LONGUET.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Présentation. — Communications : Hypertrophie du capuchon clitoridien et des petites lèvres. — Observation de hernie inguinale congénitale étranglée. — Suite de la discussion relative à l'influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs ou propathies.

M. RICHELOT présente, au nom de M. le docteur Millot-Carpentier, un travail intitulé : *Cancer épithélial du creux poplité ; amputation de la cuisse ; guérison*, etc.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Louis Thomas (de Tours) et Pamard (d'Avignon), membres correspondants, assistent à la séance.

— M. PAMARD communique une observation qui lui paraît présenter quelque intérêt au point de vue anatomo-pathologique. Il s'agit d'une hypertrophie considérable du capuchon clitoridien et des petites lèvres chez une fille qui se livrait à la prostitution. Cette malade avait en outre une syphilis constitutionnelle, mais il n'existait aucune relation entre cet état diathésique et la tumeur dont il s'agit.

La tumeur avait débuté, en 1878, par l'hypertrophie du capuchon clitoridien, qui s'était progressivement étendue aux petites lèvres. Elle était divisée en lobules et avait une apparence mamelonnée non sans analogie avec la crête d'un dindon. Les petites lèvres présentaient l'aspect des grandes lèvres chez une femme brune. Elle avait le volume d'une grosse pomme et il fallait soulever cette pomme pour pénétrer dans le vagin. Malgré son volume, elle n'empêchait pas cette femme de se livrer à son métier et celle-ci n'avait jamais voulu consentir à se la faire enlever, y trouvant même le profit d'un certain attrait de curiosité. Cependant, le volume croissant de la tumeur avait fini par amener une gêne dans les mouvements; la marche, la station assise elle-même étaient devenues incommodes et la malade ne pouvait presque plus se livrer à aucun travail.

Entrée à l'hôpital pour un abcès profond de l'aisselle, après avoir été guérie de son abcès, elle consentit, sur la proposition de M. Pamard, à se laisser enlever cette tumeur gênante.

L'opération a été pratiquée le 21 février dernier; la tumeur, préalablement pédiculisée, a été serrée dans l'anse galvano-caustique portée à la température du rouge sombre, et très rapidement enlevée.

Les suites de l'opération n'ont rien présenté de particulier; grâce aux lotions et aux pansements phéniqués, la cicatrisation est aujourd'hui à peu près complète. Tout a été enlevé et il ne reste plus aucun vestige de clitoris et de petites lèvres.

L'examen de la tumeur au microscope a montré qu'elle était constituée par une hypertrophie papillaire ou papillome simple, sans trace de tissu érectile ou adénoïde.

M. Théophile Anger dit qu'il a eu l'occasion d'opérer récemment une jeune fille qui portait une tumeur analogue à celle dont parle M. Pamard. Cette tumeur avait le volume du poing et la forme d'une grappe de raisin; elle était molle, dépressible comme une tumeur érectile. C'était un molluscum produit par l'hypertrophie des petites lèvres. M. Anger a enlevé cette tumeur au moyen du thermo-cautère et la malade a parfaitement guéri.

M. Gillette donne actuellement des soins à une malade atteinte d'un papillome ou molluscum analogue à celui des malades de M. Pamard et de M. Théophile Anger. Il y a cette différence seulement, entre la tumeur de sa malade et celle de la malade de M. Pamard, que, au lieu d'avoir son point de départ dans l'hypertrophie du capuchon clitoridien, elle a pris naissance sur le clitoris lui-même, dont elle occupe la portion caverneuse sans le concours du capuchon de cet organe. Il y aura donc lieu, dans l'opération que se propose de faire prochainement M. Gillette, de veiller à ce qu'il ne se produise pas d'hémorrhagie en appliquant une ligature élastique sur la partie centrale de la tumeur pédiculisée.

M. Trélat, tout en reconnaissant l'intérêt de l'observation communiquée par M. Pamard, croit devoir rappeler que ces sortes de tumeurs, hypertrophie papillaire ou papillome, sont décrites depuis longtemps et que l'on en trouve particulièrement des exemples cités dans l'ouvrage de Churchill. Ces tumeurs ne ressemblent, d'ailleurs, en aucune manière à des tumeurs érectiles, dont elles diffèrent par la présence de grosses papilles saillantes à leur surface.

— M. Pamard met ensuite sous les yeux de ses collègues un anneau de fer qu'il a enlevé ou plutot fait enlever, le 29 novembre dernier, par le serrurier de l'hôpital, du pourtour de la verge d'un employé de chemin de fer à qui ses camarades avaient fait la stupide plaisanterie d'introduire de force sa verge dans cet anneau. Celui-ci était situé au-dessous du gland où il était resté, s'il faut en croire le récit d'ailleurs assez invraisemblable du malade, depuis le 14 juillet, jour de la fête nationale où, après de copieuses libations, ses camarades avaient exécuté ce bel exploit. Si le fait est exact, il y aurait lieu d'admirer l'extrême tolérance de cet organe en cette occasion.

— M. Théophile Anger communique un cas de hernie inguinale congénitale étranglée qu'il a eu l'occasiou d'observer ces jours derniers dans son service d'hôpital, et qui lui semble confirmer les propositions soutenues par M. le docteur Ramonède dans sa thèse inaugurale intitulée : *Du canal péritonéo-vaginal et de la hernie inguinale congénitale étranglée*, présentée récemment par M. Trélat.

Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans, entré à l'hôpital pour une tumeur de la région inguinale droite ayant le volume d'une orange mandarine. La tumeur était solide, sans transparence, molle, douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau et appliquée fortement contre l'orifice externe du canal inguinal. On cherchait vainement à constater la présence du testicule dans la tumeur.

Des applications de compresses froides sur la tumeur n'amenèrent aucun changement; l'enfant continuait à souffrir, la nuit avait été mauvaise, sans sommeil et, le lendemain matin, s'étaient manifestés des vomissements verdâtres exhalant une légère odeur fécaloïde; le ventre était ballonné; la peau qui recouvrait la tumeur avait pris une coloration bleuâtre,

L'apparition brusque de la tumeur, qui avait rapidement augmenté de volume en vingt-quatre heures, et qui ressemblait à une hydrocèle de la tunique vaginale collée à l'orifice externe du canal inguinal; les nausées, les vomissements, l'impossibilité de la réduction, l'absence du testicule dans le scrotum, firent penser à M. Anger qu'il s'agissait d'un de ces cas de hernie inguinale congénitale étranglée dans le canal péritonéo-vaginal, dont M. Trélat a tout récemment entretenu la Société de chirurgie. Craignant, d'après l'aspect et la couleur de la peau, la gangrène de l'intestin, M. Anger résolut d'intervenir séance tenante.

Après avoir endormi le malade au moyen du chloroforme, il pratiqua une incision suivant le grand axe de la tumeur; celle-ci mise à nu, il constata qu'elle était bilobée et divisée par l'étranglement en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure. La portion supérieure découverte montra, après l'incision du péritoine, une anse intestinale ayant une coloration rouge vineuse et dont les parois étaient fortement distendues, mais non sphacélées; cette portion ayant été libérée, M. Anger pratiqua une incision qui lui permit de pénétrer dans la poche contenant la tumeur inférieure. De cette poche il a pu alors retirer une anse intestinale plus volumineuse que la précédente et présentant un aspect tout différent. On y constatait des plaques jaunâtres indiquant manifestement la gangrène des parois de l'intestin.

Dans de pareilles conditions, il était contre-indiqué de faire la réduction. M. Anger, après avoir débridé l'orifice supérieur du conduit péritonéo-vaginal, siège de l'étranglement, et fixé par des points de suture les deux extrémités de l'anse, fendit celle-ci et fit la suture de l'intestin aux deux lèvres de la plaie, comme dans l'anus contre-nature.

Il n'y a pas eu, par l'ouverture de l'intestin, issue de matières mais de gaz. et, en portant e doigt dans la poche péritonéale, M. Anger a senti cette fois la présence, dans la tunique vaginale, du testicule en contact avec l'intestin.

C'est la première fois que M. Anger a eu l'occasion d'observer une hernie de ce genre, et ce fait lui semble confirmer la doctrine pathogénique exposée récemment par M. Trélat au sujet de la hernie inguinale congénitale étranglée dans le conduit péritonéo-vaginal.

M. Trélat dit que l'observation très intéressante communiquée par M. Anger démontre la rapidité avec laquelle se produit la gangrène de l'intestin dans ces sortes de hernie.

M. Marchand a observé un cas dans lequel la gangrène s'est manifestée en vingt-quatre heures.

— M. Després a la parole pour la continuation de la discussion relative à l'influence du traumatisme sur les états morbides antérieurs ou propathies.

L'orateur examine successivement les trois points que comporte la communication de M. Verneuil, à savoir : 1° une théorie, 2° des faits, 3° une revendication en faveur de la chirurgie française contre la chirurgie étrangère.

En ce qui concerne la théorie de M. Verneuil, complétée par M. Trélat, M. Després croit pouvoir la formuler de la manière suivante : Le traumatisme aggrave les états morbides antérieurs, et, réciproquement, les états morbides antérieurs, ou propathies, aggravent les traumatismes.

M. Després ne croit pas qu'il y ait rien de nouveau dans une pareille doctrine. Tout le monde est d'accord suivant lui, et depuis longtemps déjà, sur la vérité de cette proposition. M. Verneuil et ses élèves n'ont fait que la confirmer et la rendre encore plus évidente en rassemblant un grand nombre de faits, particulièrement en ce qui concerne le diabète. Tout ce qui peut être dit sur la question de l'influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs, a été fort bien formulé dans un livre jadis classique, l'ouvrage de Velpeau, dont l'édition remonte à l'année 1839. M. Després cite de ce livre un certain nombre de passages desquels il résulte que Velpeau, dès 1839, enseignait qu'il y avait lieu, lorsqu'on avait à opérer une tumeur cancéreuse, de s'enquérir s'il n'existait pas quelque lésion de ce genre dans les organes internes, auquel cas l'opération était contre-indiquée. Il y avait contre-indication également à l'intervention opératoire, d'après Velpeau, dans les cas de tuberculose, de lésions quelconques du cœur, du foie, de l'estomac, et dans les affections des organes génito-urinaires.

En 1839, on ne connaissait pas le diabète comme on le connaît aujourd'hui; mais on avait observé un certain nombre de malades qui succombaient après avoir présenté des symptômes d'épuisement graduel et profond dont on n'avait pas encore pu déterminer la cause; or, chez ces malades, dont nous avons appris à rattacher les symptômes à leur véritable cause, le diabète, Velpeau enseignait qu'il fallait n'intervenir qu'avec la plus grande circonspection. Pour les malades atteints d'affections générales, il disait de ne les opérer qu'après avoir préalablement guéri ou du moins considérablement amélioré la maladie générale. Et même quand il s'agissait d'opérations à pratiquer pour des traumatismes récents, Velpeau conseillait de ne procéder à l'opération qu'après avoir examiné avec le plus grand soin tous les viscères.

Ainsi Velpeau avait, bien avant M. Verneuil, attiré l'attention des praticiens sur la nécessité de prendre garde à l'état des organes internes avant de pratiquer aucune opération.

Quant à M. Desprès, il n'avait pas attendu les communications de M. Verneuil pour observer ce précepte. Soit en vertu des leçons de sa propre expérience, soit par le fruit de ses lectures, il savait, avant les travaux de M. Verneuil, que le traumatisme peut entraîner la mort quand il survient chez des individus affectés de lésions des organes internes. En 1867, dans une thèse sur le rhumatisme blennorrhagique et sur le rhumatisme syphilitique, il citait des cas où des diathèses antérieures ont été réveillées par un traumatisme. En 1872, dans son *Traité de la syphilis*, il a publié des observations montrant l'influence réciproque de la syphilis et des lésions traumatiques, aussi manifeste que celle de l'alcoolisme, du rhumatisme, de la scrofule, de la tuberculose, etc., sur les mêmes lésions. Des exemples analogues sont consignés dans le livre de Bazin sur les dermatoses.

M. Desprès croit donc devoir revendiquer pour lui-même et pour d'autres chirurgiens ou médecins, une part dans la vulgarisation de la doctrine enseignée par M. Verneuil. Il n'est pas nouveau de dire que tout traumatisme peut avoir pour effet de réveiller une diathèse ancienne. Aux faits déjà cités, M. Desprès a ajouté une observation dans laquelle il a vu une fracture de la clavicule réveiller des accès de fièvre intermittente disparus depuis longtemps, et une autre observation de rechute d'attaques de catalepsie à la suite d'un traumatisme analogue. On connaît depuis longtemps, par le livre de Marchal (de Calvi), les rapports de la gangrène traumatique et de l'anthrax avec le diabète; M. Verneuil et ses élèves n'ont fait qu'ajouter des observotions nouvelles aux faits que l'on connaissait déjà sur les relations du diabète avec le traumatisme accidentel ou chirurgical.

Il ne faudrait pas, cependant, aller trop loin dans cette voie, et soutenir qu'un état diathésique quelconque est une cause de mort pour les blessés et les opérés. Il existe, en effet, un nombre considérable d'observations qui montrent des individus résistant parfaitement à de graves traumatismes opératoires ou accidentels, bien qu'ils fussent atteints d'états diathésiques manifestes, tels que le diabète, le rhumatisme, la syphilis, l'herpétisme, etc.

M. Desprès a vu un alcoolique très avancé qui a eu les deux jambes broyées par des roues de voiture, et qui a parfaitement guéri après trois ans de suppuration pendant lesquels on lui a extrait jusqu'à 120 esquilles. Il a vu également un syphilitique en pleine période d'éruption secondaire, avoir la jambe gauche écrasée par une roue d'omnibus, l'articulation tibio-tarsienne ouverte, guérir parfaitement bien après une longue suppuration accompagnée de fièvre. Il a opéré dernièrement une femme diabétique, ayant 16 pour 1,000 de sucre dans ses urines, à laquelle il a enlevé un polype utérin gros comme un œuf de dinde et qui a guéri en quinze jours de son opération. M. Desprès a vu un autre diabétique ayant 14 p. 1,000 de sucre dans les urines, guérir d'un double mal perforant avec abcès du pied, gangrène très étendue des orteils, chute du cinquième métatarsien, angioleucite, fièvre, etc. Il a observé à l'hôpital Cochin un individu atteint de fracture de la jambe et qui a guéri parfaitement de sa fracture malgré un cancer de la bouche dont il était affecté pareillement.

Pour M. Desprès, ce n'est pas la diathèse par elle-même qui tue, c'est uniquement l'âge et la gravité de la diathèse qui sont la cause de l'influence défavorable exercée par les états diathésiques sur les traumatismes, les inflammations, etc. Les diabétiques jeunes et bien conservés subissent avec succès la plupart des opérations qu'on leur pratique, cataracte, etc.; mais les diabétiques vieux, affaiblis, usés par la maladie, meurent du moindre traumatisme, d'un cor aux pieds mal coupé, d'un ongle incarné, d'une angioleucite, etc. Les malades alors ne meurent pas de leur traumatisme, mais de leur diathèse qui les avait réduits au dernier degré de l'épuisement, si bien qu'une cause minime suffit pour les achever.

M. Desprès examine ensuite les observations communiquées par M. Verneuil à l'appui de sa thèse, et ne trouve pas qu'elles soient de nature à entraîner la conviction des chirurgiens. Il termine par une virulente sortie contre les Congrès scientifiques qu'il ne craint pas d'appeler des *foires* scientifiques, et qui, suivant lui, n'ont jamais servi en rien aux progrès de la science. Le progrès se fait dans les hôpitaux, dans les laboratoires; et il n'est pas besoin, pour cela, de l'outillage et des millions dont a parlé M. Trélat. Dessault, Bichat, Chassaignac, Claude Bernard, Duchenne (de Boulogne), le docteur Lescarbault qui a découvert une planète, n'avaient à leur disposition ni l'outillage, ni les grandes cliniques, ni les riches laboratoires que l'on envie aux étrangers, et cependant ils ont accompli les plus belles découvertes en physiologie, en chirurgie, en astronomie.

M. Verneuil demande que si la discussion doit continuer, les orateurs qui prendront la parole, veuillent bien ne pas tomber dans l'erreur commise à son égard par MM. Trélat et Desprès. Jamais M. Verneuil n'a eu la prétention de s'attribuer la découverte des idées qu'il défend sur les rapports du traumatisme avec les états constitutionnels. Jamais non plus il n'a

prétendu ériger en règle générale l'influence du traumatisme sur les états antérieurs ou propathies. A toutes les pages de ses livres, au contraire, il proteste contre la généralisation hâtive que l'on pourrait être tenté de faire de ces idées. Il a présenté des faits, sans vouloir formuler des lois. De ces faits, il a cru pouvoir tirer des conclusions dont il laisse au temps et à l'expérience le soin de démontrer la vérité ou l'erreur. — A. T.

COURRIER

La *Société française de tempérance.* — Association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine, le dimanche 8 avril 1883, 3 heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'Horticulture, rue de Grenelle, 84.

Ordre du jour : 1. Allocution de M. le docteur Jules Bergeron, président. — 2. Rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. Lunier, secrétaire général. 3. Rapport sur les récompenses à décerner en 1883, par M. le docteur Motet.

LA FALSIFICATION DES ESCARGOTS. — L'article si curieux de M. de Varigny sur les falsifications alimentaires, publié récemment dans la *Revue scientifique*, m'amène dit M. le docteur Bougon, à vous parler d'une falsification des plus intéressantes, celles des..... escargots !

La recette est simple... et de bon goût, disent les falsificateurs.

Il est bon d'entrer auparavant dans quelques détails. Les escargots bruts se vendent de 0 fr. 25 à 0 fr. 30 le cent ; mais les escargots cuits se vendent 0 fr. 05 pièce. Ces intéressants mollusques nécessitent en effet des soins méticuleux dans leur préparation culinaire :

1° Un lavage à l'eau fraiche ;

2° Trois ou quatre lavages à l'eau bouillante ;

3° Extraction de l'animal de la coquille ;

4° Lavage de la coquille à l'eau bouillante ;

5° Réintégration de l'animal dans sa coquille avec addition de beurre, sel, poivre, persil et échalotte ;

6° Décoction légère sur un feu doux afin de faire fondre le beurre et lui permettre de mieux pénétrer dans la masse.

On comprend très bien que ces soins minutieux élèvent de 25 cent à 5 francs le prix de cent escargots.

Ceci posé, pour falsifier l'escargot, on supprime simplement les quatre premières opérations préliminaires, et on arrive d'emblée à la cinquième. On prend les coquilles *ayant déjà servi* et on les remplit du mélange suivant : mou de bœuf (lisez poumons), sel, graine de moutarde pulvérisée et graisse de rebut. Puis décoction légère sur un feu doux, etc. — Ci : cent nouveaux escargots pour 5 francs.

LES POTERIES D'ÉTAIN. — Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a examiné dans sa dernière séance une pétition de la Chambre syndicale des ouvriers potiers d'étain. Ces ouvriers se plaignent de la concurrence déplorable, au point de vue de la salubrité publique, qui leur est faite par certains fabricants d'ustensiles de ménage. Le rapport du Conseil d'hygiène, M. Peligot, a rappelé combien est dangereux l'emploi du plomb, du zinc, du fer galvanisé dans la fabrication des vases destinés à préparer ou à contenir des substances alimentaires ou des boissons. Or, cet emploi a été prohibé par une ordonnance de police du 15 juin 1862. Il demande que l'Administration redouble de vigilance dans l'application des dispositions de cette ordonnance. Ce serait le moyen le plus efficace pour ramener, dans les habitudes du public, l'usage de la poterie d'étain fin.

COLLÈGE DE FRANCE. — *Cours de médecine expérimentale.* — M. le professeur Brown-Séquard commencera son cours (Semestre d'été) le mardi 2 avril, à 2 heures 1/2, et traitera des *Effets de certains poisons sur la chaleur animale et sur les centres nerveux.* — Les leçons continueront, à la même heure, le mardi et le samedi.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 3 avril. — Un public nombreux vient écouter M. Bouley, comme il était venu au discours de M. Peter. Avec la même impartialité que nous avons mise à reproduire les idées du clinicien, nous résumerons la réplique du professeur d'Alfort.

M. Bouley ne veut pas qu'on dépossède Pasteur de ses découvertes. De ce que Raspail a eu quelque intuition de la théorie des germes, il ne s'ensuit pas qu'elle lui appartienne. Si Pasteur n'a rien fait parce qu'un autre avant lui a parlé des microbes, il faut ajouter que la gloire de ce faux précurseur pâlit à son tour devant une phrase écrite par Varron, mort vingt-six ans avant J.-C., phrase curieuse qui résume admirablement l'idée pastorienne. Que d'exemples pareils dans les annales de la science! Roger Bacon n'a-t-il pas supposé qu'un jour les bateaux marcheraient sans rames et sans voiles, les voitures sans moteurs animés, que l'homme enfin se dirigerait dans les airs? Et cependant Roger Bacon n'est pas le père de la machine à vapeur où des aérostats.

M. Peter a dit : « Qu'importent les microbes, et quels résultats nouveaux, quels progrès inattendus leur doit la médecine? » Ces résultats, ces progrès, l'orateur les passe en revue :

C'est d'abord la nature de la virulence, que la notion du microbe a mise en lumière, en nous montrant qu'elle est « fonction d'un élément vivant ».

C'est ensuite l'isolement du microbe et sa culture, nous mettant sous les yeux son évolution tout entière, et nous révélant ce qui jusque-là était caché dans les profondeurs de l'organisme. Que deviennent, en présence de ces faits, Liebig et ses catalyses, Liebig provoqué par Pasteur à contrôler publiquement les expériences nouvelles, Liebig réfractaire aux procédés d'une chimie qui n'était pas la sienne, et mort dans l'impénitence finale?

C'est encore l'étude expérimentale de la contagion, qu'elle se fasse dans un vase par l'addition d'une goutte de liquide, ou qu'elle ait pour milieu le sang d'un mouton ou celui de l'homme. Quelle différence fondamentale y a-t-il donc entre la culture des bactéridies dans un liquide approprié et leur pullulation par myriades au sein de l'organisme?

Que dire de l'atténuation des virus et de leur transformation en vaccins, sinon qu'il faut s'étonner d'avoir à plaider la cause et à proclamer la grandeur d'une telle découverte? Manier les virus mortels, les affaiblir à volonté, les domestiquer pour ainsi dire, au point de les rendre bienfaisants, comment s'est-il rencontré un médecin pour dénigrer de pareils résultats? « Virus éventés », dites-vous ; mais cette ironie ne leur enlève pas leurs vertus. Ici l'orateur fait à nouveau l'historique du choléra des poules et de la vaccination charbonneuse, et nous montre avec quelle profonde sagacité Pasteur a poursuivi et résolu ces problèmes.

Vous avez contesté l'efficacité des vaccinations ; mais Pouilly-le-Fort sera dans l'histoire un lieu plus célèbre et d'une renommée plus pure que les plus glorieux champs de bataille, ce lieu où Pasteur, avec la certitude et l'infaillibilité d'un oracle, annonça que 25 moutons allaient mourir et 25 survivre, et où les spectateurs éblouis virent la prédiction se réaliser de point en point. Un mémoire de M. Chamberland, qui va bientôt paraître et dont l'orateur a les épreuves sous les yeux, donnera des chiffres qui réduiront à néant les expériences mal faites, montreront le peu de valeur

de quelques insuccès, et mettront en lumière les services rendus à l'agriculture par la vaccination pastorienne.

Viennent enfin les allusions plaisantes de M. Peter aux innombrables virus que l'humanité devra s'inoculer un jour. A supposer que nous possédions des vaccins pour toutes les maladies virulentes, personne ne demandera jamais qu'on en fasse un pareil abus. « Il n'y a pas de raison pour que le président de la République se fasse inoculer le charbon »; mais un garçon boucher y songera sérieusement. Au Sénégal où sévit la fièvre jaune, au milieu des populations de l'Inde décimées par le choléra, dans une armée envahie par ce fléau, les vaccins trouveront leurs indications précises. Nous n'aurons que faire de nous inoculer la rage ; mais il y aura profit à donner l'immunité aux chiens. Nous ne conseillerons pas à tous les hommes de se vacciner contre la syphilis; mais il y a des dames qui, dans une société bien ordonnée, seraient soumises sans grand abus à cette vaccination obligatoire.

Chemin faisant, M. Bouley a réclamé vigoureusement contre cette assertion, que la présence des microbes n'ajoute rien à ce que nous savions sur la pathologie de la rage, de la morve ou du tubercule. Or, il faut écarter, sur ce point, toute espèce de malentendu. Nous avons dit ici-même, en parlant du microbe tuberculeux : « Nous nous demandons encore ce que vient ajouter à nos connaissances sur l'évolution de la tuberculose, locale ou générale, cet être incertain et controversé. Avions-nous besoin de lui pour savoir que le tubercule est infectieux et inoculable, et les recherches de Villemin n'ont-elles pas précédé la mise au monde du bacillus de Koch ? » Et plus loin : « L'idée de la septicémie, quelle que soit la forme précise de l'agent septique, suffit à merveille pour accepter les pratiques de la chirurgie moderne. » Par là nons voulions dire que, si la théorie pastorienne est une erreur d'interprétation, les connaissances que nous avons déjà sur la contagion et la septicémie n'en subsistent pas moins, et la science peut marcher sans microbes. Mais si la théorie n'est pas une erreur, si les microbes jouent en effet le rôle qu'on leur attribue, il va sans dire que c'est là un fait considérable ajouté à la médecine de nos pères, et qu'il ne peut être indifférent d'avoir dégagé une vérité nouvelle, d'avoir fait un pas de plus vers le déterminisme des phénomènes de la vie.

Malheureusement, s'il est des expériences de laboratoire que la clinique peut se vanter de reproduire, il en est d'autres qu'il semble infiniment plus difficile de transporter au lit du malade. S'agit-il, par exemple, de la régénération des nerfs sectionnés, le tissu nerveux est le même chez les animaux et chez l'homme, la plaie suppure ou se réunit d'après les mêmes lois; s'il faut, pour réussir, des animaux jeunes, il y a des plaies nerveuses à tout âge; aussi pouvons-nous espérer qu'un jour viendra où nous saurons imiter la physiologie expérimentale, provoquer chez l'homme la régénération nerveuse, et doter l'humanité de ce progrès thérapeutique. Mais quand on plonge une poule dans l'eau froide ou qu'on chauffe une grenouille pour leur inoculer des microbes, il y a un si profond abîme entre ces expériences et les maladies humaines, que l'esprit se refuse d'abord à faire une pareille enjambée. Ces batraciens surchauffés, ces gallinacés refroidis ressemblent si peu à nos septicémiques, que nous avons bien le droit, sans trop d'exigence, de demander qu'on résolve d'abord quelques difficultés intermédiaires.

M. Pasteur a déjà résolu beaucoup de difficultés, et nous croyons volontiers que sur les faits, sinon sur leur interprétation, sa rigueur scientifique est rarement en défaut. Mais, nous pensons, d'autre part, sans lui faire un crime d'être chimiste, que, s'il était médecin, beaucoup d'objections lui apparaîtraient, qu'il n'a jamais examinées.

Nous attendons un médecin qui ait le temps d'étudier la théorie des germes.

L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

VOLUMINEUX ANÉVRYSME D'UNE ARTÈRE PULMONAIRE CHEZ UNE PHTHISIQUE MORTE D'HÉMOPTYSIE,

Par M. DAMASCHINO, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Laennec.

Depuis la dernière communication que j'ai eu l'honneur de faire à notre Société sur le contenu du sac dans les anévrysmes des cavernes, j'ai pu pratiquer l'autopsie de trois sujets phthisiques morts à la suite d'hémoptysies abondantes. Dans tous les cas, j'ai recherché et j'ai chaque fois découvert l'anévrysme rompu qui avait été le point de départ de l'effusion sanguine. Il s'agissait toujours, comme dans le plus grand nombre des faits analogues, de petites poches artérielles dont la dimension atteignait à peine celle d'une petite noisette.

Les pièces que je mets aujourd'hui sous vos yeux présentent au contraire un intérêt tout spécial en raison du volume considérable de la tumeur anévrysmatique et de la constitution des parois de cette production morbide. Voici, en quelques mots, l'histoire clinique de cette malade et les détails de l'examen anatomo-pathologique.

Au mois d'août de l'année dernière entrait, dans mon service de l'hôpital Laennec, une jeune fille de 17 ans qui, depuis près de deux années, se plaignait de douleurs avec gonflement au niveau du poignet gauche; il existait une tumeur blanche de l'articulation radio et médio-carpienne. La malade, dont le facies était cachectique et qui maigrissait beaucoup, nous apprenait en outre qu'elle toussait souvent et l'examen de la poitrine me fit immédiatement reconnaître l'existence de lésions tuberculeuses dans les poumons. Les symptômes stéthoscopiques indiquaient l'invasion rapide des lésions morbides; dès les premiers jours de novembre, c'est-à-dire moins de trois mois après l'admission à l'hôpital, des signes de ramollissement étaient déjà perceptibles au niveau de la fosse sus-épineuse droite. A cette époque, la malade se plaignit plusieurs fois de cracher du sang, mais l'examen des matières expectorées ne permit jamais de constater que quelques filets sanguins et jamais une hémoptysie de quelque importance. A peine y avait-il çà et là (d'ailleurs à intervalles éloignés) quelques crachats hématiques.

C'est le 25 janvier dernier que survint la première expectoration sanglante : elle fut d'emblée considérable, car la malade rendit en deux heures près d'un crachoir de sang pur. L'hémoptysie cessa aussi brusquement qu'elle était apparue, mais l'affaiblissement consécutif persista : en même temps, les symptômes locaux s'aggravèrent et bientôt les signes cavitaires furent constatés au sommet du poumon droit.

A partir du mois de mai, les hémoptysies se reproduisirent fréquemment, en même temps que la malade, en proie à la fièvre hectique, perdait rapidement ses forces. Le 1er juin, l'expectoration hématique fut plus abondante et dès lors presque continuelle : la malade rendit tous les jours du sang dans ses crachats (environ un demi-verre par jour). Le 6 au soir, l'hémoptysie cessa, mais le 7 juin au matin, elle se reproduisit de nouveau avec une grande intensité et, en quelques minutes, la malade succomba, littéralement étouffée par le sang écumeux qu'elle rendait en partie par la bouche. Les détails de ce fait intéressant sont reproduits dans l'observation que l'on va lire et que j'ai rédigée d'après les notes recueillies par M. Despréaux, externe très studieux de mon service.

OBSERVATION. — *Phthisie pulmonaire à marche rapide, développée chez une scrofuleuse : hémoptysies répétées suivies de mort. — Autopsie.*

La nommée Thérèse S..., âgée de 17 ans, domestique, est entrée le 10 août 1880 à l'hôpital Laennec, salle Monneret, n° 22 (Service de M. Damaschino).

Cette jeune fille, maigre et d'une petite taille, a toujours été d'une santé délicate, quoiqu'elle n'ait jamais eu de maladie aiguë. Elle n'a jamais été réglée et se plaint de tousser de temps à autre, depuis environ deux ans. Les membres de sa famille sont très nombreux, et tous d'une bonne santé.

Elle entre à l'hôpital pour un gonflement douloureux du poignet gauche, gonflement dont le début remonte à six mois environ. La malade prétend que ce poignet aurait toujours été plus volumineux que celui du côté opposé, mais elle s'en servait néanmoins fort bien et les mouvements de l'articulation étaient très faciles. Cependant, un an environ avant le début de son affection articulaire, elle éprouvait dans l'articulation une douleur sourde, intermittente, apparaissant surtout après un travail forcé. Il y a six mois, à la suite d'une foulure, le poignet gonfla beaucoup et devint tout de suite douloureux. Thérèse S... se mit entre les mains d'une rebouteuse qui lui fit, pendant plus de trois mois, des manœuvres sans résultat. L'articulation resta toujours tuméfiée, mais peu douloureuse et n'empêcha point la malade de continuer à travailler.

A l'entrée de cette jeune fille à l'hôpital, on est immédiatement frappé de son extrême pâleur. La face présente les traces de strumes survenues dans le jeune âge : en même temps, boutons d'acné varioliforme au visage, au cou, et à la face dorsale des mains (on excise plusieurs de ces boutons pour en faire l'examen histologique). Les membres sont maigres et le système osseux est peu développé. Au poignet, tuméfaction légère, mais déformation notable, surtout au niveau de la tête du cubitus qui paraît un peu plus grosse que celle du côté droit L'articulation, régulièrement augmentée de volume, semble d'apparence cylindroïde.

La toux dont se plaint cette malade n'est pas très fréquente, mais pénible le matin et un peu le soir : elle est sèche et c'est à peine si l'on trouve dans le crachoir un ou deux crachats muqueux, sans aucun caractère spécial. A l'examen de la poitrine (qui est très manifestement étroite avec saillie des omoplates en arrière), diminution légère de la sonoréité et défaut d'élasticité au niveau de la fosse sus-épineuse droite. Aucun signe cavitaire, mais le murmure respiratoire est un peu affaibli et l'inspiration granuleuse ; le retentissement vocal n'est point exagéré ; rien d'anomal du côté gauche. (Sirop d'iodure de fer et huile de foie de morue. Badigeonnages de teinture d'iode avec bandage compressif au niveau du poignet ; puis, immobilisation de la jointure à l'aide d'un appareil plâtré.)

Au commencement d'octobre, l'état général n'est point modifié; mais la tumeur blanche du poignet présente une amélioration sensible : les douleurs, notablement, ont tout à fait disparu. Par contre, les symptômes pulmonaires sont plus accusés; la toux est fréquente et plus pénible, quoique un peu moins sèche. A l'auscultation, on perçoit des râles humides (craquements et gargouillements à petites bulles) dans le tiers supérieur du poumon droit. A gauche, à peine quelques ronchus pendant la toux.

Le 15 octobre, l'appareil plâtré est retiré : on constate que la tuméfaction du poignet es beaucoup moindre qu'à l'entrée de la malade ; il n'y a aucune rougeur, mais les mouvements sont en grande partie abolis. (Cautérisations ponctuées au thermo-cautère, répétées tous les huit jours, au niveau de la tumeur blanche. Même traitement général.)

26 octobre. Malgré l'application réitérée de révulsifs sur le thorax, les lésions pulmonaires ont continué à progresser. En arrière et à droite, les râles humides sont plus abondants et aussi à bulles plus volumineuses ; à la région moyenne, respiration supplémentaire très marquée (ce symptôme n'existait pas lors du dernier examen). A gauche, matité très nette au niveau de la fosse sus-épineuse.

8 novembre. L'état général est un peu moins satisfaisant; le malade pâlit et perd un peu ses forces déjà très diminuées. On constate en même temps une aggravation notable dans l'état du thorax ; les râles muqueux ont fait place à des gargouillements perçus non seulement pendant la toux, mais encore dans les inspirations même peu profondes. A l'expiration, souffle très retentissant, manifestement cavitaire. La voix, très retentissante elle aussi, offre quelques caractères de la pectoriloquie.

22 novembre. Même état général et local. La malade se plaint en outre de douleurs avec sensation de tension au niveau de la région axillaire gauche. On sent, en effet, en ce point, immédiatement en arrière du bord inférieur du grand pectoral, une masse bosselée sans changement de couleur à la peau, et dont la dimension ne dépasse pas celle d'un œuf de poule; il s'agit évidemment d'une adénopathie de nature strumeuse.

A la fin de décembre, la tumeur axillaire avait notablement diminué, les symptômes inflammatoires dont elle était le siège ayant tout à fait disparu; mais l'état général et les symptômes thoraciques persistaient en s'aggravant.

Dans la dernière semaine du mois de janvier (le 25), la jeune S... est prise brusquement d'un crachement de sang pur; pendant deux heures consécutives, l'hémoptysie se répète à plusieurs reprises et la malade remplit assez rapidement un crachoir de sang. (Ventouses sèches, injections sous-cutanées d'ergotine.)

Le lendemain et les jours suivants, l'hémorrhagie ne se reproduit pas, mais la malade reste très affaiblie, pâlie et fortement préoccupée de son état; les signes cavitaires sont de plus en plus accentués.

Au moi de mai, quoique la malade n'ait plus eu d'hémoptysie, les phénomènes thoraciques sont encore plus prononcés; il existe à droite des signes cavitaires (souffle amphorique et gargouillement avec pectoriloquie franche). L'amaigrissement fait des progrès constants, les sueurs nocturnes sont abondantes, et la malade se plaint pour la première fois d'une diarrhée qui résiste à l'emploi des opiacés unis au sous-nitrate de bismuth; les injections sous-cutanées de morphine seules permettent de modérer cette diarrhée qui continue cependant à se répéter encore deux fois en vingt-quatre heures.

Vers la fin de mai, l'hémoptysie reparaît sans aucune cause appréciable; la malade ne rend pas du sang en grand abondance, mais presque tous les matins on en trouve dans son crachoir; on peut évaluer à 60 ou 80 grammes la quantité de liquide hématique évacué sous form non seulement de crachats rouges et aérés, mais encore de sang presque pur et à moitié coagulé. (Repos absolu au lit, boissons glacées, teinture de digitale à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes dans une potion, injections sous-cutanées avec 50 centigrammes d'ergotine.)

Le 7 juin, la malade succombe tout à coup, littéralement étouffée par une nouvelle hémoptysie, après avoir rendu environ un verre de sang à peu près pur dans l'espace de quelques minutes.

A suivre.

CHRONIQUE

Exercice illégal de la médecine par un rebouteur. — Un sieur Taylor, de nationalité américaine et muni d'un diplôme de Cincinnati, s'est établi depuis deux ans dans un village près de Bourges avec sa femme, originaire du pays et reçue sage-femme; il y exerce ouvertement la médecine, la chirurgie et la pharmacie. Il a même organisé chez lui une sorte de petit hôpital. Sa clientèle, composée d'abord de villageois, s'est bientôt étendue à Bourges surtout dans la population ouvrière; il vient donner trois fois par semaine des consultations dans une auberge des faubourgs. Comme il ne connaît que l'anglais, sa femme lui sert d'interprète.

Taylor, condamné en juin 1881 à 25 fr. d'amende et en juillet 1882 à 50 fr. pour exercice illégal et habituel de la médecine, vient de subir une troisième condamnation pour des faits plus graves.

En septembre 1882, il extirpe un cancer de l'ovaire, reconnu inopérable par le docteur Dornier, médecin-major des établissements d'artillerie, et trois autres médecins de Bourges; deux ours après, la malade mourait. Il paraît, au dire des témoins, que des portions d'intestin auraient été enlevées avec la tumeur.

En octobre, il essaie d'enlever un cancer ulcéré du sein; dès les premières incisions, une hémorrhagie considérable se déclare; la malade meurt le surlendemain.

Taylor manie les médicaments avec aussi peu de ménagements que le bistouri. Il donne à plusieurs malades des doses de calomel allant jusqu'à 10 grammes, et qui provoquent une stomatite intense et un état général alarmant.

Accusés pour ces faits d'homicide par imprudence et d'exercice illégal de la médecine, Taylor et sa femme prennent la fuite; on les arrête à Paris où ils font huit jours de prévention.

A l'audience, ces faits sont confirmés par les docteurs Dornier et Courrèges; d'autre part, défile une série de témoins à décharge, qui viennent déclarer avoir été soignés, opérés et guéris par Taylor. On remarque entre autres une femme ponctionnée pour une ascite que les médecins (?) n'auraient ni reconnue ni osé opérer; il s'est écoulé 12 litres de liquide. Les accusés ne nient d'ailleurs rien. Aussi le ministère public se borne-t-il à réclamer l'application de la loi.

Il n'est pas inutile de relater les arguments principaux de la plaidoirie de l'avocat, que les médecins et pharmaciens présents à l'audience ont dû écouter sans protestation, mais qui n'en sont pas moins d'une moralité douteuse (les arguments, pas les témoins).

Ses clients sont partis, mais ils n'étaient pas en fuite; ils s'étaient simplement rendus à Paris, où Taylor était sur le point d'obtenir l'autorisation d'exercer.

On a accusé Taylor d'ignorance, mais il a son diplôme..... Et voici la traduction du diplôme de Cincinnati, rédigé en latin.

Puisque Taylor a pu mener seul à bonne fin cette opération *extraordinaire* par laquelle il a extrait 12 litres de liquide, pourquoi n'aurait-il pas tenté seul cette autre opération *bien plus simple* et qui consiste à enlever une petite tumeur du ventre. Si l'opérée est morte, c'est de son cancer, et non de l'opération; pas plus du reste que l'autre à qui on a incisé le sein et qui a eu une hémorrhagie.

Est-ce que le calomel à la dose de 3 ou 4 grammes peut être nuisible? Et encore on ne

donnait pas le calomel pur, car son client vient de lui apprendre qu'il mélange par parties égales le calomel et la santonine, et il ne viendra à l'idée de personne que la santonine employée chez les petits enfants puisse être nuisible à la dose de 1 gr. 50 ou 2 grammes.

Quant au désintéressement du docteur, il est hors de doute : pour l'opération des 12 litres de liquide, il n'a demandé que 75 francs. Il est vrai, ce que ne dit pas l'avocat, que la femme ponctionnée est une ouvrière sans ressources.

Le tribunal, trouvant que le délit d'homicide par imprudence sur la femme de l'opérée du sein et de blessures par imprudence sur l'un des deux intoxiqués par le calomel n'est pas suffisamment établi, renvoie Taylor sur ces deux chefs des fins de la plainte. Celle-ci est maintenue en ce qui concerne les deux autres clients. Voici en quels termes :

« Attendu... que le 4 septembre 1882, à Bourges, par maladresse, imprudence et inobservation des règlements, il a commis involontairement un homicide sur la personne de la femme Rebout, en lui faisant l'opération d'une tumeur cancéreuse interne; que sans doute cette femme était dans un état désespéré, mais que cette opération ne pouvait qu'abréger sa vie et l'a abrégée, étant données surtout les conditions déplorables où elle a été pratiquée; que les explications fournies par Taylor ne font d'ailleurs que mettre en lumière la faute qu'il a commise, laquelle constitue de la manière la plus caractérisée le délit qui lui est reproché;

« Qu'enfin le 27 novembre 1882 il a, par maladresse, imprudence ou négligence, occasionné des blessures à la femme Milhiet, en lui donnant un médicament que contre-indiquait son état, et qui au surplus était administré à une dose toxique ;

« Attendu que la persistance de Taylor à exercer la médecine dans les conditions irrégulières qui le mettent en révolte ouverte contre la loi doit être prise en considération pour l'application de la peine..... »

On se figure qu'après des considérants si sévèrement exprimés, la peine va être élevée; et bien, c'est une erreur. Taylor fut condamné à 20 jours de prison et à 100 fr. d'amende, et sa femme à 50 fr. d'amende, bien que le jugement fût aussi sévère pour elle que pour son mari. En effet, voici le considérant qui la vise :

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats qu'elle s'est rendue complice du délit d'homicide par imprudence commis sur la personne de la femme Rebout et des faits d'exercice illégal de la médecine, en aidant ou assistant avec connaissance l'auteur principal dans les actes qui ont préparé, facilité ou consommé ces délits..... »

On se demande qu'elle a pu être la raison de cette contradiction entre l'opinion si sévèrement motivée et exprimée par les juges, et une conclusion si bénigne.

La clémence des juges est d'autant plus regrettable que Taylor n'avait pas de diplôme valable. On sait, en effet, que la plupart des diplômes américains sont obtenus à prix d'argent ou d'or sans subir le moindre examen, et proviennent d'Universités fantaisistes. La Presse médicale s'est vivement émue de cet état de choses il y a deux ou trois ans, et c'est précisément à cette époque que Taylor allait se réfugier dans un coin du Berry où les clients s'inquiétaient peu de savoir si le diplôme du pseudo-médecin, rédigé en latin, était valable ou non.

De plus, il faut aux médecins étrangers venant exercer en France une autorisation que Taylor n'avait pas. Evidemment, si la loi tolère que le premier venu, sous prétexte qu'il a un diplôme quelconque, puisse tuer impunément ou à peu près son semblable, c'est que la loi est mauvaise et il faut la changer. Ce n'est pas la première fois que de pareils faits regrettables sont signalés, ni que la Presse médicale demande au gouvernement de prendre les mesures nécessaires pour en éviter le renouvellement.

Quand donc se décidera-t-on à protéger les médecins bien et dûment gradés contre la concurrence des charlatans à langue dorée, et les malades contre les entreprises criminelles des Taylor, qu'ils viennent d'Amérique ou d'ailleurs?

Il est à regretter que l'Association des médecins de France, qui autrefois s'est à plusieurs reprises occupée de réprimer le charlatanisme médical, sans beaucoup de succès il est vrai, ait perdu trop tôt patience et se soit à peu près complètement désinteressée de la question. Espérons que les faits que nous venons de rapporter l'inviteront à sortir de son indifférence.

Société de secours mutuels des ouvriers en instruments de chirurgie. — Ces modestes mais précieux collaborateurs du corps médical ont eu l'excellente idée de se réunir en Société de secours mutuels; on nous a prié de prêter la publicité de ce journal à la création de cette œuvre utile, et nous nous faisons un devoir de la recommander de notre mieux.

La Chambre syndicale de ce groupe professionnel, présidée par notre honorable collègue, le docteur Georges Wickham, vient d'émettre le vœu, « que tous les patrons s'occupant des instruments et appareils de l'art médical fassent connaître dans leurs ateliers l'existence de cette Société de secours mutuels. »

Dans son organisation figureront des membres honoraires et des membres participants: son but est de venir en aide aux membres participants malades, en leur allouant 2 fr. par jour pendant les trois premiers mois de la maladie, et 1 fr. 50 pendant les trois mois suivants. Elle leur assure en outre une retraite aux conditions suivantes : 1° être âgés de cinquante-cinq ans ; 2° avoir payé pendant vingt années leur cotisation fixée à 75 centimes par quinzaine. Elle pourvoit enfin aux funérailles des membres participants qui viennent à décéder, et remet à la veuve ou aux ayant droit la somme de 75 fr.

Les membres participants, pour être admis, doivent être âgés de seize ans au moins et de quarante-cinq ans au plus.

La cotisation des membres honoraires est au minimum de 12 francs par an.

Au delà de la somme de 3,000 fr. en caisse, les fonds sont placés à la Caisse des dépôts et consignations ; un fonds de retraite est créé, et le service en est confié à la Caisse générale des retraites pour la vieillesse.

Voilà donc une œuvre très utile, que nous recommandons à la bienveillance et au concours sympathique de ceux de nos lecteurs qui s'intéressent au progrès de cette industrie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet une note de M. Caula-Marquez relative à un procédé pour la destruction des trichines par la réfrigération.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Chavernac (d'Aix en Provence) qui sollicite le titre de membre correspondant.

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Morage. (Accepté.)

—

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Deniau, une brochure intitulée : *De l'hystérie gastrique.*

—

M. le Président annonce que MM. Burdel (de Vierzon), Cazeneuve (de Lille), Ollier (de Lyon) et Seux (de Marseille), membres correspondants, assistent à la séance.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Peter qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, l'heure de son cours à la Faculté coïncidant avec l'heure des séances de l'Académie.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde; la parole est à M. Bouley, pour répondre au discours de M. Peter.

M. Bouley s'étonne qu'un homme de la valeur de M. Peter, relativement jeune, qui a donné la preuve de facultés hors ligne et d'un ardent amour pour le progrès, manifeste ainsi, dans cette discussion, une opposition presque violente à ce qui a été pour la médecine un véritable progrès. Il s'étonne que M. Peter qui est professeur à la Faculté et qui, à ce titre, et dans cette haute situation, peut être considéré comme ayant charge d'âmes, se soit donné pour mission non seulement de s'opposer à ce progrès, mais encore de détourner ses élèves de la voie féconde dans laquelle ils auraient pu s'engager à la suite de M. Pasteur.

Dans la tactique de la campagne qu'il a ouverte contre la doctrine et les découvertes de M. Pasteur, M. Peter use d'un vieux procédé dont on s'est servi de tous temps contre les inventeurs et qui consiste à rabaisser le mérite de leurs découvertes en cherchant à montrer qu'elles avaient été faites par d'autres avant eux.

On invoque les anciens, les prédécesseurs, et l'on s'attache à faire valoir au delà de toute mesure ce qu'ils ont pu écrire ou rêver, pour se donner le malin plaisir de rabaisser d'autant le mérite et la valeur de l'invention nouvellle. C'est ainsi que M. Peter a cherché par des citations extraites du livre de Raspail sur la santé et la maladie, à montrer que Raspail avait énoncé quarante ans avant M. Pasteur les données sur lesquelles repose toute la doctrine parasitaire. M. Bouley reconnaît qu'il y a, en effet, dans ces propositions de Raspail, la preuve d'une force d'intuition assez remarquable. Raspail a rêvé et ses rêves se sont trouvés d'accord avec une partie de ce que l'expérimentation devait réaliser quarante ans après.

Mais c'est là un phénomène qui n'est pas rare dans l'histoire de toutes les sciences; il est fréquent de voir l'imagination des rêveurs précéder de plus ou moins loin le génie des vrais inventeurs et annoncer, parfois longtemps à l'avance, une grande découverte.

M. Bouley cite une phrase extraite d'un livre de Varron, qui est bien autrement significative que celle de Raspail, et qui, s'il fallait imiter M. Peter dans ses inductions, devrait valoir à l'auteur beaucoup plus qu'à Raspail le mérite et la gloire d'avoir précédé M. Pasteur. Mais en quoi les écrits de Varron et ceux de Raspail ont-ils avancé la question que les expériences de M. Pasteur ont mise à l'étude et si profondément creusée? En rien, puisque les uns et les autres étaient parfaitement oubliés lorsque M. Pasteur s'est emparé de cette question et l'a faite sienne par l'exactitude des expériences, la sagacité des inductions et la fécondité des résultats.

L'œuvre de M. Pasteur restera avec toute sa grandeur lorsque les rêveries de Raspail et de Varron seront rentrées dans le néant. M. Bouley n'a pas la naïveté de considérer M. Pasteur comme infaillible; il admet fort bien, quoi qu'en dise M. Peter, que M. Pasteur peut se tromper dans l'interprétation des résultats de ses expériences; mais, ce qui est certain, ce qui est attesté par tous les témoins de son œuvre, c'est que l'exactitude de ses expériences n'a jamais pu être infirmée; jamais, sur ce point, ses adversaires n'ont pu le convaincre d'erreur, en Italie et en Allemagne comme en France. M. Bouley demande la permission de rectifier un certain nombre de propositions erronées émises dans les discours de M. Peter.

Et d'abord il voudrait répondre un mot à ce que M. Peter a dit lorsque parlant de la découverte des microbes des maladies contagieuses, il s'est écrié : A quoi cette découverte a-t-elle servi? Ne savions-nous pas avant comme après cette découverte que ces maladies sont contagieuses? A cette objection M. Cornil a déjà, du reste, parfaitement répondu, en rappelant que pendant longtemps les médecins ont erré à la recherche de la cause de la contagion de la gale et vainement cherché le remède de cette maladie tenace. Ils n'ont trouvé le remède que lorsqu'ils ont eu découvert dans la présence de l'acarus la cause de cette maladie, et aujourd'hui il suffit d'un coup de brosse et d'une friction avec une pommade pour qu'en deux heures le malade en soit complètement débarrassé. Voilà à quoi a servi la découverte de l'acarus de la gale; rien ne prouve qu'il ne doive pas en être de même pour les maladies à microbes.

Du reste, il n'est pas difficile de montrer, dans une esquisse rapide, les grands résultats déjà obtenus pour la science médicale par la notion du microbe. Ces résultats ont transformé la science et ont substitué aux obscurités du passé les clartés du présent qui seront certainement agrandies par les progrès de l'avenir.

La première découverte se rattachant à cette notion du microbe, est celle de la nature de la virulence. M. Bouley a dit déjà et il ne saurait trop répéter que la nature des maladies virulentes et contagieuses a été rendue évidente lorsque M. Pasteur a démontré que « la virulence est fonction d'un microbe », c'est-à-dire qu'elle dépend d'un microbe. Pour mieux généraliser, il faudrait dire aujourd'hui, après les travaux de M. Chauveau, que la virulence est fonction d'un élément vivant. Il est démontré maintenant que la force de la vie seule peut faire que ce qui était l'unité est capable de devenir l'infini; qu'un microbe, un élément vivant pris sur la pointe d'une lancette, inoculé à l'animal ou semé dans un liquide de culture, peut pulluler à l'infini et donner naissance à des myriades et des myriades d'êtres semblables. Le mystère jusqu'alors impénétrable de la contagion a été ainsi dévoilé par la seule notion du microbe.

La seconde découverte due à la notion du microbe est celle de l'isolement de cet infiniment petit et de sa culture extra-organique : il a été possible d'isoler ces éléments vivants, ou du moins un certain nombre d'entre eux, on a pu les cultiver, les suivre dans la série de leurs évolutions au sein de liquides transparents qui ont permis de les étudier sous toutes leurs faces et dans toutes les conditions possibles de leur existence et de leurs transformations successives.

On sait comment M. Pasteur démontra contre Liébig que la fermentation était fonction de l'élément vivant, en forçant le ferment à se développer dans un milieu exclusivement minéral où des éléments minéraux oxygène, hydrogène, carbone, azote, avaient été réunis en proportions déterminées capables d'entretenir la vie du ferment.

M. Pasteur a procédé pour les microbes comme pour les ferments; il les a isolés, cultivés dans des milieux appropriés, et, dès lors, il a été possible de voir les agents de la virulence évoluer dans un liquide transparent, et l'on a eu ainsi la démonstration objective de la nature de la contagion.

Si l'on prend, en effet, une seule goutte du liquide dans lequel un seul microbe a été semé et qu'on ensemence avec cette seule goutte un deuxième vase, on verra ce second vase se remplir de myriades de microbes; il en sera ainsi d'un troisième, d'un quatrième vase et

toujours de même la semence se répandra jusqu'à l'infini; n'est-ce pas la démonstration complète, *in vitro*, de la contagion?

Quelle différence y a-t il, au point de vue des résultats, entre la série des vases ensemencés et une série de moutons inoculés avec le sang d'un premier mouton charbonneux?

Entre l'homme et le mouton charbonneux, s'il existe une différence au point de vue de la symptomatologie, il n'en existe pas au point de vue de l'étiologie, de la pathogénie et de l'anatomie pathologique.

Grâce à la découverte de la culture extra-organique des éléments de la virulence, la science a été mise en possession d'un moyen d'étudier la contagion dans ses éléments fondamentaux en dehors même de l'organisme, et qui peut prévoir ce qui pourra plus tard sortir de cette étude pour les progrès de la thérapeutique des maladies contagieuses?

On sait aujourd'hui, depuis la découverte de la bactéridie du tubercule, que celui-ci est une sorte de kyste dans lequel, comme la trichine dans les muscles, la bactéridie tuberculeuse s'enveloppe au sein du tissu pulmonaire. On peut voir, dans le laboratoire de M. Bouley, de magnifiques préparations de M. Gibier, chef du laboratoire, représentant les résultats de l'inoculation de la tuberculose humaine au porc; elles montrent des myriades de bactéridies contenues dans chaque tubercule. La constatation de ces éléments vivifiants de la tuberculose ne donne-t-elle pas, quoi qu'en dise M. Peter, la clef des phénomènes pathologiques? Et qui peut dire, dès maintenant, quelles seront, dans l'avenir, les conséquences de cette découverte, pour la thérapeutique de la tuberculose?

M. Peter s'est égayé au sujet de l'expérience de ce vétérinaire de Vienne qui a préservé des moutons inoculés avec le virus de la clavelée, en les plaçant dans une atmosphère d'hydrogène sulfuré, et il a félicité ironiquement, en vers virgiliens, les vidangeurs de l'heureuse chance qu'ils avaient ainsi d'échapper aux maladies contagieuses. Mais il y a longtemps que l'on a signalé l'immunité relative dont paraissent jouir contre les influences épidémiques les individus qui exercent cette profession, et il ne serait peut-être pas téméraire de penser qu'ils doivent cette immunité à la modification de leur milieu intérieur, par les émanations sulfureuses auxquelles ils sont habituellement exposés.

M. Peter s'est également égayé de l'expérience de M. Pasteur sur la poule à laquelle il est parvenu à inoculer le charbon en la tenant plongée dans un bain froid. M. Peter déclare que pour lui la poule a contracté le charbon non parce qu'elle a été refroidie, mais parce qu'elle a été rendue malade grâce aux tortures qui lui ont été infligées. Or, il n'est pas exact de dire que les poules de M. Pasteur ont été crucifiées, elles ont été simplement ligottées; en outre, elles n'étaient pas malades le moins du monde; elles mangeaient ou on les gavait, si l'on veut. Malgré les sarcasmes et les railleries de M. Peter, il y a là une expérience qui jette d'étonnantes lueurs sur les conditions de la réceptivité virulente ou contagieuse, en ce qu'elle montre l'influence de la modification du milieu organique sur cette réceptivité. C'est, en effet, parce que la poule a eu son milieu intérieur modifié par le froid qu'elle est devenue susceptible de contracter le charbon dont elle guérit spontanément, dès qu'elle a été retirée du bain froid et qu'elle a repris sa chaleur naturelle. Un médecin de la marine, M. Maher, dans un travail sur les maladies qui règnent dans la ville de Rochefort, a montré la confirmation de la loi de Boudin, sur l'antagonisme de la phthisie pulmonaire avec les fièvres palustres, loi d'après laquelle les individus atteints de cachexie paludéenne ne sont plus aptes, en vertu de la modification de leur milieu intérieur, à contracter la phthisie pulmonaire, sans doute parce que le milieu de culture favorable au microbe de la fièvre palustre est défavorable à la pullulation du microbe de la tuberculose.

De même le milieu palustre serait peu compatible avec le développement du charbon et il y a longtemps que l'on avait remarqué le peu de tendance des moutons cachectiques à contracter la maladie charbonneuse, si bien que les propriétaires de troupeaux avaient pris l'habitude d'envoyer, en temps d'épizootie, leurs moutons au milieu des marécages de la Sologne pour les préserver de la maladie. Toutes ces choses, qui étaient inexplicables avant la notion du microbe, s'expliquent tout naturellement aujourd'hui, suivant M. Bouley, grâce à la découverte de M. Pasteur. — Mais ce qui constitue la conséquence la plus merveilleuse de la notion du microbe, c'est la grande découverte de l'atténuation des virus, de leur transformation par cette atténuation en virus non seulement inoffensifs, mais encore bienfaisants, en vaccins susceptibles de transformer en maladie bénigne une maladie habituellement mortelle.

M. Bouley a été saisi d'étonnement en voyant un homme de la valeur de M. Peter ne pas être frappé de la grandeur de cette découverte de laquelle résulte la possibilité, pour le médecin, de s'emparer de l'élément mortel de la virulence ou de la contagion, de le dompter, de le domestiquer, pour ainsi dire, et, finalement, de le transformer en lui donnant des propriétés diverses qui, d'un élément dangereux et mortel, font un agent inoffensif et même bien-

faisant, qui par son inoculation à l'organisme confère à celui-ci l'immunité contre la maladie mortelle dont cet élément est à la fois la cause et le produit.

M. Bouley a été étonné de voir M. Peter non seulement méconnaître qu'il y a là une découverte de premier ordre, mais encore chercher à en rabaisser la valeur en disant que les vaccins de M. Pasteur n'étaient pas autre chose que des virus *éventés*, *passés*, et que son système d'inoculation préventive était renouvelé des Chinois, qui de temps immémorial inoculent la variole à l'aide des croûtes, desséchées à l'air, des pustules varioliques !

Au lieu de chercher à rabaisser ainsi le mérite de la découverte de Pasteur, M. Peter devrait bien plutôt admirer avec M. Bouley, la sagacité profonde d'expérimentation et le puissant esprit d'analyse que M. Pasteur a déployé dans cette circonstance mémorable, lorsque ayant reçu de M. Toussaint plusieurs fioles de liquides de culture du microbe du choléra des poules, et s'étant aperçu que le liquide de l'une de ces fioles avait perdu son activité virulente, M. Pasteur, par un véritable trait de génie, expérimenta, chercha et trouva que c'était par l'influence du contact de l'air pur que le microbe du choléra des poules avait perdu son activité virulente. En effet, ayant enfermé du virus en pleine activité dans un tube scellé à la lampe, M. Pasteur constata que ce virus ainsi conservé à l'abri du contact de l'air, conservait son activité virulente, pour ainsi dire indéfiniment.

Dans un cas, cependant, M. Pasteur a constaté que du virus du choléra des poules, conservé pendant cinq ans dans un tube purgé d'air et scellé à la lampe, avait perdu au bout de ce temps, toute son activité virulente.

Ainsi l'action de l'oxygène de l'air, ou l'oxydation par l'air, produit dans les virus en contact avec l'atmosphère l'atténuation de leur activité.

De cette découverte M. Pasteur a tiré une véritable posologie des virus atténnés; il a obtenu par des procédés qui lui sont particuliers des virus à divers degrés d'activité que l'on peut mesurer, en quelque sorte, à l'aide de réactifs vivants : moutons, poules, lapins, cobayes, etc.

Voilà donc le phénomène de l'atténuation des virus et, pour nous servir d'une expression introduite dans la science par Claude Bernard, le *déterminisme* de ce phénomène définitivement établi, comme conséquence de la notion du microbe. Il en est résulté, daus la pratique, que des poules inoculées avec le virus atténué du choléra des poules ont perdu, à la suite de cette inoculation, la réceptivité pour le virus de cette maladie; c'est-à-dire que lo vaccin préservateur de cette maladie, qui décime si souvent la volaille, a été trouvé, grâce à la sagacité expérimentale de M. Pasteur.

Et quelle sagacité étonnante et profonde n'a-t-il pas fallu à M. Pasteur, à ce *chimiste*, suivant l'expression un peu dédaigneuse de M. Peter, pour découvrir le virus-vaccin du charbon, plus merveilleux encore que le précédent. En effet, le virus du charbon soumis à l'action prolongée de l'air garde toute son activité virulente ; pourquoi ? Parce que la bactéridie charbonneuse se transforme en spore que l'action de l'air ne modifie pas; or la spore c'est l'œuf de la bactéridie. Comment faire pour empêcher la bactéridie de se transformer en spores et de conserver ainsi toute son activité virulente ? M. Pasteur a constaté, dans une série d'expériences des plus délicates, qu'une température de 42 à 43° C. empêchait la transformation de la bactéridie en spores. Or, la bactéridie maintenue à l'état de mycélium s'atténue au contact de l'air et, inoculée à l'animal, lui communique une maladie bénigne qui le préserve de la maladie charbonneuse mortelle.

Ainsi, garder la bactéridie charbonneuse à l'état de mycélium, empêcher sa transformation eu spores, produire des races de microbes à des degrés divers de virulence, susceptibles de devenir des agents d'immunité et de préservation pour la maladie charbonneuse mortelle, tel a été le problème ardu dont le génie de M. Pasteur a trouvé la solution.

M. Peter a cherché chicane à M. Pasteur au sujet du mot vaccination qu'il a employé pour désigner les inoculations préventives ; mais M. Pasteur a eu soin de dire lui-même qu'il s'était servi de cette expression, impropre il est vrai, pour rendre hommage à la grande découverte de Jenner. C'était l'hommage d'un homme de génie à un homme de génie, et certes la critique aurait dû s'incliner respectueusement devant un pareil témoignage.

Aux chicanes de mot, M. Peter a ajouté des chicanes de faits, dans le but de rabaisser la grande découverte de M. Pasteur. Il a parlé d'accidents observés à la suite d'inoculations préventives faites par des personnes encore peu au courant de la délicatesse de semblables opérations et des précautions à prendre pour se préserver de l'erreur si facile en pareille matière.

Mais n'y eût-il dans la séance que la grande et fameuse expérience de Pouilly-le-Fort, il faudrait, suivant M. Bouley, considérer la question de la préservation vaccinale de la maladie charbonneuse comme entièrement et définitivement résolue. Dans cette expérience, qui donnera à cette localité une famosité impérissable, on a vu, chose inouïe jusqu'alors, un homme assez audacieux pour rendre des oracles, et des oracles plus sûrs que ceux de Calchas et

d'Apollon-lui-même ; cet homme est venu dire d'avance, en montrant deux lots de 25 moutons inoculés avec du virus charbonneux, mais dont l'un n'avait pas été vacciné avec le virus atténué, tandis que l'autre avait subi l'inoculation préventive :

Voilà ceux qui mourront et voilà ceux qui vivront !

Et sa prophétie s'est réalisée, et l'on a vu les 25 moutons vaccinés rester debout au milieu des cadavres des 25 autres ! N'est-ce pas une chose étonnante et merveilleuse, qui touche vraiment à l'infaillibilité que cette certitude dans une pareille prophétie ? Après les expériences à jamais célèbre de Pouilly-le-Fort, sont venues d'autres expériences plus modestes, mais qui, dirigées par les mains de M. Pasteur ou de ses disciples ont toujours été suivies des effets prévus et qui ont eu pour théâtre diverses parties de la France et de l'Europe. M. Chamberland en a réuni les résultats dans une brochure dont M. Bouley annonce la publication prochaine. Toutes les fois que ces expériences ont été conduites suivant l'esprit de la méthode de M. Pasteur, elles ont produit les résultats annoncés et obtenus par M. Pasteur lui-même. Toutes les fois que ces résultats ont fait défaut, c'est qu'il y a eu vice dans l'application de la méthode, soit que, comme à Turin, dans les expériences relatées par M. Peter, on ait inoculé du sang septicémique, en même temps que le sang charbonneux, soit que le virus-vaccin ait été trop faible, soit enfin que le virus n'ait pas été suffisamment atténué par la culture, ainsi que l'a fait remarquer M. Pasteur à MM. les membres de la Société vétérinaire de Turin, auteurs de ces expériences. Au reste, là, comme partout où il a rencontré des incrédules et des détracteurs, M. Pasteur s'offre à répéter les mêmes expériences, avec la certitude de réussir où les autres ont échoué, faute de se conformer aux règles de l'application de la méthode.

Il résulte des faits recueilles dans la brochure de M. Chamberland, que la mortalité par le charbon des animaux, moutons, bœufs, chevaux vaccinés, a été dix fois moindre que celle des animaux non vaccinés. N'est-ce donc pas quelque chose de remarquable et de bien utile aux propriétaires de troupeaux que de ne perdre qu'un moutons sur dix ?

M. Peter, se plaçant au point de vue de la médecine humaine, s'est efforcé d'égayer son auditoire, en représentant les gens continuellement occupés à se vacciner pour se préserver des maladies contagieuses, non seulement de celles propres à l'espèce humaine, mais encore de celles propres aux animaux. Evidemment pour être drôle, l'argumentation n'était pas sérieuse.

En admettant la réalisation de la découverte des vaccins des maladies virulentes et contagieuses qui ont fait et qui font encore tant de victimes, est-ce que la vaccination ou l'inoculation de ces virus-vaccins ne serait pas en temps d'épidémie un immense bienfait ? Est-ce que, pendant la guerre de Crimée, alors que nos troupes massées dans la Dobrutscha étaient décimées par le choléra, si nos médecins militaires avaient eu en leur possession le vaccin du choléra, ils n'eussent pas été heureux de pouvoir vacciner nos malheureux soldats et d'en conserver un sur dix pour la défense de la patrie ? Est-ce que, au Sénégal, pendant la dernière épidémie de fièvre jaune qui a fait périr 23 médecins de la marine sur 25, si l'on avait eu le vaccin de la fièvre jaune, de précieuses existences n'eussent pas été conservées, grâce à la vaccination, dans le corps si honorable et si dévoué de nos médecins de la marine ?

Et, à ce propos, n'est-ce pas un grand exemple de dévouement à la science qu'a donné récemment M. Pasteur lorsque, apprenant que des navires ayant à bord des malades atteints de fièvre jaune allaient débarquer à Pauilhac, il a quitté sa famille, et, sacrifiant honneurs et position, il s'est rendu à Pauilhac où il est resté six semaines sans pouvoir malheureusement observer ces malades qui, morts pendant la traversée, avaient été jetés à la mer ? (Applaudissements.)

En supposant que le vaccin de la rage soit enfin trouvé, est-ce que ce ne serait pas le devoir d'une administration intelligente de faire vacciner tous les chiens, afin de prévenir l'explosion de la maladie chez le chien et sa contagion à l'homme ?

Et la syphilis, si le vaccin de cette maladie était découvert, n'appartiendrait-il pas à une Administration avisée d'obliger les prêtresses de Cythère à subir l'opération de la vaccination dans le but de préserver les pèlerins des dangers du voyage à l'Ile fortunée ?

M. Peter a dit dans sa péroraison que le malheur pour M. Pasteur était de n'avoir guère autour de lui que des disciples et des enthousiastes. M. Bouley regrette de ne pas être assez des premiers pour pouvoir s'associer pleinement aux travaux de M. Pasteur, mais il se glorifie d'être des seconds, et il estime que l'on ne pourrait jamais marquer trop d'enthousiasme pour les magnifiques découvertes dont cet homme de génie a doté la science. (Applaudissements.)

— La séance est levée à cinq heures.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 1er au 7 avril 1883.

Du 1 au 4. — Pas de thèses.

Jeudi 5. — M. Rambaud : Rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement. (Président, M. Peter.)

M. Guasco : Etude sur une épidémie d'oreillons ayant sévi dans la garnison de Toulouse. (Président, M. Laboulbène.)

M. Capitan : Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires. (Président, M. G. Sée.)

Samedi 7. — M. Boucher : Contribution sur les complications tendineuses et articulaires survenant dans le cours de l'érysipèle. (Président, M. Peter.)

M. Gariel : Du vomissement du début de la diphthérie. (Président, M. Peter.)

M. Perrachon : Sur un mécanisme de la disparition du pneumo-thorax par perforation et les indications qu'il fournit au pronostic et au traitement. (Président, M. Peter.)

M. Aslanian : De la tuberculose pulmonaire accompagnée d'accès pseudo-asthmatiques. (Président, M. G. Sée.)

M. Douvreleur : Recherches expérimentales sur l'action physiologique du sulfate de cinchonidine. (President, M. G. Sée.)

M. Colin : La géographie médicale du Haut-Sénégal. (Président, M. Jaccoud.)

M. Verdau : Essai sur la pathogénie du crétinisme. (Président, M. Ball.)

M. Siredey : Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde : Lésions des organes lymphoïdes. (Président, M. Brouardel.)

M. Bouyer : De la pleurésie purulente d'emblée, pleurésie infectieuse. (Président, M. Brouardel.)

FORMULAIRE

APOZÈNE DIURÉTIQUE. — A. DUCHEK.

Baies de genièvre concassées.	10 grammes.
Eau bouillante.	200 —

Faites infuser, passez et ajoutez :

Acétate de potasse.	15 grammes.

Une cuillerée toutes les heures, aux sujets atteints de pleurésie avec épanchement. — N. G.

COURRIER

EXPOSITION UNIVERSELLE ALLEMANDE D'HYGIÈNE. PISCICULTURE. PRIX PROPOSÉ. — A l'occasion de l'Exposition internationale de pisciculture de Berlin, en 1880, S. M. le roi de Saxe avait offert un prix pour le meilleur ouvrage sur la viciation des eaux et des moyens d'y remédier au point de vue spécial de la vie des poissons. Le roi a consenti à ce que le prix d'honneur fût mis à la disposition du comité de l'Exposition d'hygiène de 1882-83.

Le sujet du prix est ainsi formulé : *a.* Indiquer les intérêts sanitaires, commerciaux, industriels, ruraux et autres — y compris ceux de la pisciculture — qui sont lésés soit par l'usage des cours d'eau, soit par l'introduction de souillures et de débris dans les eaux courantes. *b.* Décrire clairement les moyens chimiques les plus efficaces, les machines et les constructions les plus propres à remédier à ces inconvénients en élucidant les moyens proposés aux points de vue technique, économique et pratique.

L'envoi des ouvrages pour le concours, doit avoir lieu franco, avant le 31 décembre 1884, et à l'adresse du docteur P. Boerner, Berlin, W. Burggraphen Str. 8.

Le prix d'honneur consiste en une jardinière en argent et sera exposé parmi les objets de l'Exposition d'hygiène. Outre ce prix d'honneur, l'union allemande de pisciculture a accordé un accessit de 600 marcs.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

DU DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS HÉPATIQUE.

Hôpital de la Pitié. — (Service de M. LANCEREAUX.)

Syphilis hépatique et hépatites chez des syphilitiques. — Bases du diagnostic; caractères anatomiques; évolution des manifestations morbides. — Valeur des commémoratifs et de l'épreuve thérapeutique. — Diagnostic différentiel de la maladie hépatique, de sa nature, de sa forme. — Sa marche et son pronostic.

De par les travaux d'amphithéâtre et les recherches cliniques de quelques-uns de nos contemporains, la syphilis hépatique a pris un rang légitime parmi les nombreuses manifestations viscérales de la vérole. Et cependant, malgré la détermination exacte de son signalement anatomique, il faut convenir qu'au lit du malade le diagnostic en est souvent obscur et la physionomie symptomatique dépourvue de netteté. C'est sans doute pour ce motif et par une tendance trop répandue peut-être à notre époque qu'on demande à la médication spécifique de lever les hésitations, et de faire juger en dernier ressort de la nature de la maladie par les effets des agents thérapeutiques.

Que ce procédé ait ses avantages dans des cas douteux; soit. Mais, l'ériger en méthode de diagnostic, serait s'exposer assurément à des erreurs, puisque ces médicaments ne sont pas infaillibles dans leurs résultats, et que d'ailleurs rien n'autorise à admettre la nature nécessairement spécifique de toutes les lésions organiques dont les syphilitiques peuvent être atteints. Dans l'espèce, cette remarque a une valeur d'autant plus grande que le diagnostic de la syphilis hépatique peut et doit avoir pour double base des points d'appui plus solides; à savoir, l'interroga-

FEUILLETON

CAUSERIES

SOMMAIRE. — Les méfaits de Simplissime. — La *morphinomanie* transmutée en *morphinophobie*. — Une lettre de M. Henri Huchard à ce sujet. — Une trousse d'honneur à un charlatan. — Un jugeur d'urines en Hollande.

Chimène qui l'eût cru? Rodrigue qui l'eût dit!

Simplissime vient d'accomplir une révolution! Le plus étonné, à coup sûr, c'est Simplissime lui-même. Mais le fait n'en existe pas moins. Depuis que j'ai eu la malencontreuse idée de signaler dans mes *Causeries* ce péché mignon de certains névropathes des deux sexes, qu'on a morphino ou morphio-manie appelé, je reçois de tous côtés des lettres polies, mais assez raides, de médecins désolés. Il paraît que leurs clients ne veulent plus entendre parler d'injections de morphine et que, lorsqu'ils leur en proposent, c'est à qui leur demandera : « Mai nous n'avez donc pas lu les *Causeries* de Simplissime? Vous voulez donc nous rendre morphinomane? » La chose m'est arrivée à moi-même; on m'a refusé mon injection bienfaisante, en me citant moi-même à moi-même. Enfin, par un injuste retour des choses d'ici-bas, de *morphinomane* on est devenu *morphinophobe*.

J'aime à croire que cette panique contre la morphine ne durera pas; je suis de plus porté à supposer que ce qui aura le plus effrayé mes aimables lectrices, car j'en ai, c'est ma description de la peau d'une morphinomane, et que l'une d'elles aura jeté un tel cri d'alarme

tion attentive des signes physiques accusateurs de la lésion anatomique, et l'appréciation des allures, ainsi que de l'évolution des accidents morbides. L'étude des commémoratifs est utile assurément; mais elle manque parfois, alors que l'élément anatomique du diagnostic ne fait pas défaut. Que l'épreuve thérapeutique vienne ensuite; elle servira à confirmer ou à infirmer les conclusions de ces diverses investigations cliniques.

Tel est le cas de la malade du lit n° 18 de la salle Lorain. Entrée à l'hôpital, en décembre 1882, cette malade se plaignait depuis longtemps de douleurs abdominales, légères et à fréquents retours, donnant lieu à une sensation de gêne abdominale et localisée surtout dans la région de l'hypochondre droit. Elle éprouvait de la constipation; ses selles étaient noires et ovinées, mais ces troubles intestinaux ne s'accompagnaient ni de vomissements, ni de dyspepsie, ni de jaunisse.

Venait-on à l'interroger sur ses antécédents morbides, elle déclarait qu'antérieurement sa santé était bonne, que son enfant actuellement au sein et en apparence bien portant, est âgé de six mois, et que les couches précédentes ont été heureuses. Cette femme est mère de trois autres enfants : l'aîné est âgé de 17 ans, le second de 15 ans et le troisième de 13 ans.

A l'examen physique de l'abdomen, on remarque l'augmentation du volume et le météorisme de cette région ainsi que l'absence d'ascite et de dilatation des veines sous-cutanées. A la palpation de l'hypochondre droit il existe de l'hypertrophie et de la déformation du foie. Le lobe droit déborde, en effet, de trois travers de doigts la ligne horizontale de l'ombilic, et descend jusqu'à environ un travers de doigts de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Tout autre est le résultat de l'exploration du lobe gauche du foie. Son volume est moindre que celui du lobe droit, et, par une palpation minutieuse, il est difficile d'en délimiter le bord, qui, d'ailleurs, n'excède pas la paroi costale inférieure. La déformation du lobe droit est donc d'autant plus apparente qu'elle contraste par son étendue avec celle du lobe gauche. D'ailleurs cette différence des caractères physiques n'est pas la seule. Par la palpation de la surface du lobe droit, surtout après quelques jours de repos à l'hôpital, on observait des irrégularités et des bosselures séparées par de profonds sillons, dans la région située vers le bord externe du muscle droit. Plus loin, au contraire, vers l'angle des côtes, les nodosités n'existent pas, et le bord du lobe droit possède une consistance bien différente. Il est mou et paraît céder sous le doigt. Enfin,

---

que toutes celles qui en prenaient un peu plus que de raison ne veulent plus voir la morphine même en peinture. Chat échaudé craint l'eau froide. Mais quand on aura bien fait comprendre à ceux et celles qui souffrent réellement que la morphine *bien employée* calme, et qu'elle ne fait de mal qu'à ceux qui s'en servent à tort et à travers, on y reviendra.

Puisque Simplissime a fait tant de mal aux médecins et aux clients, en empêchant les uns de soulager les autres, d'où préjudice à la tranquillité des autres et à la bourse des uns, il est de toute justice qu'il s'efforce de réparer le tort qu'il a causé. Je vais donc essayer de plaider la cause des morphinophiles contre les morphinophobes. Espérons que ma plume, semblable à la lance d'Achille, saura guérir les maux qu'elle aura faits.

***

J'en étais là de ma *Causerie*, en quête d'arguments pour soutenir ma thèse, lorsque je reçus une lettre de notre excellent collaborateur et ami le docteur Henri Huchard, lequel me dit ce que je voulais dire cent fois mieux que je ne l'aurais fait. Je lui cède donc la parole.

« Cher ami, me dit-il, depuis quelque temps, on ne peut plus ouvrir un journal scientifique ou politique sans y voir étalés au grand jour, et même singulièrement amplifiés, les dangers qui résultent de l'abus de la morphine en injections sous-cutanées. Au Congrès de La Rochelle, un de nos excellents et distingués confrères a même présenté sur ce sujet un travail assurément très intéressant, mais dont la lecture et la publication ont eu de sérieuses conséquences. Les journaux politiques, qui rendent compte habituellement des travaux du Congrès, se sont emparés de cette question, — ce qui était à prévoir, — et ils ont inspiré dans le monde contre les injections morphinées, une réaction, — dont il faut bien que nous tenions compte, — réaction d'autant plus violente qu'elle est moins raisonnée. A la morphiomanie des malades, à la morphiomanie de quelques médecins, a succédé une maladie redoutable contre

la pression fait reconnaitre la sensibilité de la région du foie correspondante aux déformations et provoque une légère douleur.

Au reste, l'exploration suffit pour mettre hors de cause les autres organes abdominaux ou thoraciques ; les urines ont une densité de 1015 ; l'analyse qualitative a fait constater qu'elles ne renferment ni sucre ni albumine.

Quelle était la nature de cette affection hépatique? Les symptômes fonctionnels, peu nombreux et peu accusés, n'avaient donc, sauf la douleur légère et circonscrite de l'hypochondre droit, qu'une valeur relative ; encore cette douleur était une gêne plutôt qu'un véritable endolorissement ; elle n'était pas nettement discontinue dans sa durée et ne possédait pas les exacerbations vespérales qu'on a signalée chez les syphilitiques. Jusque-là tout renseignement commémoratif avait fait défaut. Malgré les habiles dénégations de la malade, on avait cherché vainement les traces de quelques manifestations de la syphilis : cet examen avait été sans résultat. Seuls les signes physiques, mis en évidence par l'exploration du foie, ne laissaient pas de doute sur le siège de la *lésion* ; de plus, comme on va le voir, ils ont été suffisants, pour déterminer la *nature* de cette lésion et pour servir de base solide au diagnostic.

En procédant par voie d'élimination, la cirrhose cardiaque et la cirrhose impaludique étaient facilement mises hors de cause par l'absence de tous signes de cardiopathie ou d'intoxication paludéenne. Quant à la cirrhose alcoolique, la malade n'en possédait ni les troubles fonctionnels (dyspepsie, fourmillements, hallucinations, crampes, accidents nerveux), ni les signes physiques (déformation de la surface du foie en masse, absence de lobulation générale).

Les déformations de la surface du foie ont, en effet, une valeur diagnostique dont on doit tenir compte. C'est que le plus souvent si les altérations généralisées ou *en masse* du parenchyme hépatique ne donnent pas lieu à des sillons et à des bosselures de la face supérieure, par contre, aux lésions localisées ou *en foyers* correspondent des irrégularités et des nodosités qui, par leur siège sur la face supérieure de ce viscère, deviennent, au lit du malade, accessibles à la palpation.

Chez cette femme, il existait des nodosités de la partie moyenne du lobe droit du foie, et ces nodosités différaient physiquement des tubérosités du cancer. A la palpation, leur consistance était moindre et ne ressemblait guère aux masses tubéreuses et presque ligneuses du cancer. Leur résistance surpassait faiblement celle des autres points du parenchyme hépatique ; l'endolorissement était localisé à la région

---

laquelle je proteste et que je veux combattre, la *morphiophobie*. Aussi, je veux m'inscrire dès à présent pour réhabiliter, au prochain Congrès de l'Association française, à Rouen, cette médication injustement attaquée et sans laquelle nous serions bien souvent dans la plus complète impuissance.

« Dans la clientèle, il y a maintenant deux médicaments *admirables* que l'on ne peut plus employer sans avoir au préalable recours auprès des malades à des précautions oratoires infinies. Ces médicaments sont la morphine et le salicylate de soude. La *salicylophobie* procède d'autres causes que je ne veux pas discuter ici ; mais pour la morphine, est-il juste, est-il convenable, parce que quelques irréguliers en abusent, de priver des milliers de malades des bienfaits de la médication morphinée? Et parce qu'il y a quelques fous morphiomanes à Charenton, est-ce une raison pour faire porter sur tous les malades le poids de cette folie ? La morphiomanie est si fréquente en Allemagne et aux Etats-Unis, qu'on y a bâti, dit-on, plusieurs hopitaux pour recevoir les malades atteints de cette affection. Qu'est-ce que cela prouve, sinon que la morphiomanie est une affaire de tempérament et de race, peut-être d'éducation, et que les Allemands et les Américains sont un peu plus maniaques que nous ? Tout ce que je puis dire, c'est que la morphiomanie est *extrêmement rare en France*, et qu'en exagérer et en proclamer *urbi* et *orbi* les dangers, c'est rendre un détestable service à la médecine et aux malades. Laissons la morphiomanie aux Allemands, à Levinstein dont le livre est rempli d'exagérations ou d'erreurs, et ne devenons pas morphiophobes en France. Pour moi, je n'ai rien à retrancher de ces passages que j'écrivais en 1878 dans mon travail publié dans l'UNION MÉDICALE sur l'emploi des injections de morphine dans l'asthme.

« L'usage répété des injections de morphine ne peut avoir aucun inconvénient à la condition qu'on n'abandonne pas, comme on le fait trop souvent, ces injections à la discrétion du

qu'elles occupaient et n'avait pas l'intensité, l'étendue et la continuité des douleurs du cancer. L'état général indiquait la débilité, révélait l'importance de la lésion de l'organe malade; mais n'était nullement comparable à la cachexie cancéreuse. On sait, d'ailleurs, que la lobulisation en général partielle du foie, en forme de rein des jeunes veaux, que des sillons profonds labourant une région limitée de sa surface, et surtout s'accompagnant d'une déformation telle qu'un lobe est hypertrophié, tandis que l'autre est totalement ou partiellement diminué de volume, constituent un ensemble de signes physiques, dont la coexistence doit faire soupçonner la nature syphilitique de l'affection hépatique (1). Aussi, dans l'espèce, ce diagnostic fut porté dès le début en l'absence de toute notion sur les antécédents, et la malade fut soumise à la médication spécifique iodurée.

Les preuves commémoratives manquaient donc. Fallait-il considérer la malade comme en puissance d'nne syphilis ignorée, méconnue ou dissimulée? Ses aveux tardifs justifièrent la dernière de ces hypothèses; quelques jours après, pressée de questions, elle déclarait qu'en 1870, au moment de l'allaitement de son troisième enfant, elle avait été atteinte d'un chancre induré de la lèvre supérieure, dont un examen attentif fit retrouver la cicatrice. Des syphilides cutanées et muqueuses succédèrent à cet accident primitif et furent justiciables de l'iodure de potassium.

Les preuves anamnestiques confirmaient donc les caractères physiques qui répondent au signalement anatomique de la syphilis hépatique. L'évolution des accidents était une autre justification de la spécificité de la maladie. L'ictère a fait défaut, ou, s'il a existé, il était fugace et passager. C'est qu'en effet l'ictère, comme les hémorrhagies par les diverses voies, est loin d'être constant dans la syphilis du foie, à moins de l'oblitération d'un canal hépatique. Il en est de même des troubles gastro-intestinaux. Ici, en dehors des perturbations sympathiques des organes digestifs, ils n'ont guère de raison d'être, la destruction du parenchyme hépatique étant peu étendue, et la sécrétion biliaire assurée par le développement supplémentaire du tissu du foie dans les régions indemnes de toutes lésions syphilitiques.

Sous l'influence du traitement spécifique, on constate l'atténuation des douleurs et la diminution du volume du foie. Le 8 janvier, le bord inférieur de cet organe

(1) Lancereaux. *De l'hépatite syphilitique.* (*Gaz. méd. de Paris*, n[os] 27 et 28, 1873; *Union Méd.*, 1873, et *Gaz. des hôp.*, 1881.) — Voir *Atlas d'anatomie path.* et *Traité de la syphilis*, 1866, etc., etc.

---

malade. » Le tableau que Levinstein nous a tracé de la morphiomanie, nous semble un peu exagéré, au moins en ce qui concerne cette albuminurie et ce delirium tremens d'origine morphinique qu'il aurait voulu, sacrifiant trop aux analogies, assimiler aux mêmes accidents bien constatés dans l'alcoolisme..... Oui, encore une fois, les injections morphinées, abandonnées aux caprices du malade, constituent une mauvaise pratique, une pratique déplorable qui peut aboutir à la morphiomanie ou au morphinisme (qu'il ne faut pas confondre avec la morphiomanie). Mais il faut affirmer bien haut que ce danger n'est pas à craindre, qu'aucun danger n'est à redouter, à la condition que ces injections soient toujours réglées et sévèrement dirigées par le médecin, qui augmentera progressivement, lentement les doses. »

« Voilà ce que j'écrivais en 1878, voilà ce que je pense encore en 1883. Les phthisiques, les cardiaques, les aortiques, les asthmatiques, les malheureux malades tourmentés par des douleurs affreuses, etc., *qui ne vivent que par la morphine*, et qui ne deviennent pas morphiomanes, protestent aussi contre le danger, singulièrement exagéré, des injections de morphine. »

Je n'ai rien à ajouter à cela. Je rappellerai seulement, pour mieux frapper l'esprit, en résumant tout ce qui précède en quelques mots : Que trop se morphiner nuit, comme trop parler; qu'il faut conserver en tout un juste milieu; et que

Chacun son métier
Les *malades* seront mieux gardés.

Ce qui veut dire : « Mesdames et messieurs les malades, faites vous soigner par les médecins; n'écoutez pas les cancans de ceux qui n'entendent rien à la médecine; et vous, mes-

débordait à peine de 4 centimètres la ligne horizontale de l'ombilic. Depuis, l'induration a diminué; les nodosités se sont effacées; la malade est en voie d'amélioration et de guérison.

La guérison est, en effet, une des terminaisons relativement fréquentes de cette forme de l'hépatite syphilitique. Il est vrai que, souvent méconnue à son début, cette manifestation de la vérole est fréquemment aussi ignorée durant son évolution. L'autopsie seule la révèle. C'est ainsi que pour la première fois, en 1861, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de Gendrin, dont il était l'interne, M. Lancereaux a eu l'occasion de l'étudier sur des syphilitiques qui succombèrent à une épidémie d'érysipèle et qui étaient en traitement pour des lésions spécifiques du larynx. Pendant la vie, les lésions hépatiques avaient évolué silencieusement et on les reconnut seulement à l'amphithéâtre.

D'ailleurs, il ne faut pas s'étonner que des faits semblables demeurent inaperçus. Au début, le diagnostic est difficile; car l'irrégularité de la forme du viscère n'est pas apparente. Plus tard, la déformation devenant plus nette, on pourra plus facilement la différencier des autres cirrhoses hépatiques. Plus tard encore, les irrégularités seront plus volumineuses et plus nombreuses et de profonds sillons laboureront la surface du foie. On pourra alors parfois distinguer l'hépatite syphilitique *diffuse* de l'hépatite *gommeuse* : la première, par ses énormes et rares lobules; et la seconde, par ses multiples nodosités groupées en foyer; mais à la condition toutefois, — est-il besoin de le dire, — que ces déformations soient accessibles à la palpation. Siègent-elles sur la face postérieure du foie, ou dans l'épaisseur de son parenchyme? La maladie pourrait être ignorée, en l'absence de signes commémoratifs. Il en est souvent ainsi, d'autant plus que certaines formes d'hépatite syphilitique guérissent spontanément, demeurant inaperçues du médecin et du malade. Dans de telles conditions, doit-on faire du traitement une véritable pierre de touche pour la différenciation de la syphilis hépatique? (1). N'est-il pas plus logique et plus clinique de baser le diagnostic sur l'existence et la forme des caractères physiques?

Plus facile est le diagnostic, chez les syphilitiques en puissance d'autres lésions viscérales spécifiques du rein, du poumon ou des centres cérébro-rachidiens. Cette multiplicité des localisations viscérales de la vérole n'est pas rare; mais ici, encore,

(1) Voir Schiffers. *Note sur un cas de syphilis du foie* dans lequel l'affection est restée limitée à cet organe. (*Annales de la Société de méd. de Gand*, février 1883, p. 33.)

---

sieurs les médecins, ne confiez l'administration des injections morphinées qu'à des personnes dont vous soyez sûrs, et ne l'abandonnez jamais aux malades eux-mêmes. *Dixi.* »

***

La dernière chronique de l'Union, parue, je crois, dans son dernier numéro, parle d'un certain Taylor, qui à la suite d'un exercice aussi dangereux qu'illégal de la médecine, a été condamné à 20 jours de prison. Il a fait sa peine, ce qui était son devoir strict, aussi n'est-ce pas à nous de lui en savoir gré. Mais sa nombreuse clientèle a cru devoir protester contre la sévérité de la justice, et donner une compensation à son médecin pour sa peine.

Le soir du jour de sa sortie de prison, une cinquantaine de ses clients, voulant lui marquer leur gratitude pour ses soins, lui ont offert un punch, et après un chaleureux discours prononcé par l'un d'eux, lui ont fait hommage d'une trousse achetée par souscription et portant cette dédicace : « *A M. Taylor, ses malades reconnaissants!* »

Le *Journal du Cher*, qui rapporte cet épilogue du procès, ajoute en plaisantant : « Heureux les médecins qui ont mérité d'être ainsi bénis de leur clientèle. » Eh bien, moi, ceci ne me fait pas rire du tout. Car enfin, ce pseudo-médecin, comme l'appelle notre collaborateur de la *Chronique*, s'est montré aussi inepte comme médecin que comme chirurgien. Il administre le calomel à la dose de 10 grammes, et, dans une ablation de tumeur du sein, laisse mourir l'opérée d'hémorrhagie! Malgré ces hauts faits rapportés à l'audience, sa clientèle lui vote une trousse d'honneur; c'est-à-dire qu'elle lui donne des verges pour se faire fouetter, et l'intervention du Corps médical de France tout entier n'empêchera rien. Après cela, n'est-ce pas le cas de répéter : *Vulgus decip vult, ergo decipiatur!* M. Taylor, dont le diplôme

le diagnostic de l'hépatite syphilitique doit avoir pour base anatomique la déformation caractéristique et la disproportion des lobes du foie; plus tard, l'albuminurie et l'ascite. Cette triade symptomatique a donc une grande importance séméiologique, en l'absence des commémoratifs et surtout avant toute épreuve par le traitement spécifique.

Ch. ELOY.

CLINIQUE MÉDICALE

VOLUMINEUX ANÉVRYSME D'UNE ARTÈRE PULMONAIRE CHEZ UNE PHTHISIQUE MORTE D'HÉMOPTYSIE[1],

Par M. DAMASCHINO, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Laennec.

Suite. — (Voir le numéro du 5 avril.)

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, m'a permis de retrouver le point de départ de ces hémorrhagies répétées. Cette fois encore, j'ai eu recours au procédé que j'ai eu l'occasion de vous exposer dans mes précédentes communications, c'est-à-dire à la dissection des vaisseaux et des bronches, combinée avec l'injection de liquide colorant (du liquide de Muller) pratiquée dans l'artère pulmonaire. L'incision de l'arbre bronchique a fait constater, dans les deux poumons, l'existence d'une mousse sanguine très abondante. Quant à l'anévrysme, il a été très facile de le trouver, il siégeait à droite et occupait la troisième branche de bifurcation de l'artère pulmonaire; mais au lieu de trouver une petite tumeur du volume d'une amande ou d'une noisette, j'ai constaté, dans une caverne, la présence d'une grosse masse de la dimension d'un œuf; cette masse remplissait complètement la cavité creusée dans le parenchyme pulmonaire et se continuait directement avec la branche artérielle dont les parois se perdaient directement dans la tumeur sanguine. La poche anévrysmale, ai-je dit, remplissait complètement la caverne; sa surface, partout lisse et régulière, était en quelque sorte moulée sur la paroi de l'excavation, mais on pouvait l'en séparer facilement, car elle n'adhérait aucunement au parenchyme du poumon, sauf sur l'une des extrémités de l'anévrysme, au point même où ce dernier se continuait avec la branche artérielle. Au moment où l'on poussait par l'artère pulmonaire une injection colorée,

---

est rédigé en latin, doit savoir ce que cela veut dire. C'est dommage qu'il ne sache pas le français, car il est probable qu'en retournant chez lui, les fumées du punch aidant, il aurait fredonné avec son épouse :

La pénitence est douce,
Nous recommencerons.

***

Le charlatanisme et les charlatans ont donc encore de beaux jours à vivre. Lorsqu'ils seront chassés de France, ils pourront aller se réfugier en Hollande, où du moins on ne les envoie pas en prison. On se contente de se moquer d'eux, si l'on en croit l'anecdote suivante rapportée par le docteur L. Thomas dans la *Gazette hebdomadaire.*

Dernièrement, le *Maanblad* d'Utrecht publiait un article humoristique sur la mésaventure de l'un de ces charlatans, un uroscopique ou jugeur d'urines, comme on dit en France. Un médecin, voulant s'amuser à ses dépens, lui envoya, dans un flacon dûment cacheté, de la bière de Bavière en le prévenant que c'était l'urine d'un sujet gravement malade. La mystification était simple; un examen même superficiel eût probablement empêché l'empirique de s'y laisser prendre. (Si seulement il eut goûté le liquide !) Mais les jugeurs d'urines n'ont besoin ni de procédés chimiques, ni de recherches d'aucune sorte; il jugent à première vue, par inspiration.

Notre homme donna plusieurs consultations écrites jusqu'au jour où son correspondant lui déclara que le malade était mort et lui demanda un certificat qu'il pût présenter à l'Etat civil. Ne se laissant pas démonter pour si peu, il refusa la relation demandée sous prétexte

on voyait se gonfler la tumeur, mais si l'on venait à cesser l'injection, l'anévrysme diminuait immédiament de volume, parce qu'il se vidait par une petite perforation en forme de soupape qui existait à l'extrémité opposée à celle où la tumeur se continuait avec l'artère.

Une section pratiquée sur le grand axe de cet anévrysme a permis d'en constater la véritable nature. Je n'ai pas trouvé, comme dans la plupart des faits déjà connus et notamment dans tous ceux que j'ai eu l'occasion d'observer moi-même, une tumeur à parois minces, vide ou renfermant du sang diversement coagulé. Il s'agissait, dans ce cas, d'une masse absolument compacte, à parois très épaisses et creusée d'une cavité petite, offrant à peine le volume d'une forte amande. Les parois étaient constituées de deux couches intimement adhérentes mais d'aspect bien différent. A l'intérieur même et en parfaite continuité avec les tuniques artérielles, une sorte de membrane interne d'un blanc jaunâtre, très mince et rappelant, par son apparence et sa coloration, l'aspect et la coloration du vaisseau avec lequel elle se continuait. A l'extérieur, existaient des couches concentriques de caillots les uns décolorés et fibrineux, les autres de coloration rouge violacé et d'apparence cruorique; ces caillots moulés sur la périphérie de la tumeur en suivaient très exactement les inégalités, et, d'une façon générale, on pouvait dire qu'ils semblaient à peu près aussi anciens à la périphérie qu'au centre. Ces coagulums superposés, absolument identiques d'aspect avec ceux des sacs anévrysmaux, formaient à la tumeur une paroi épaisse et solide, sauf vers l'extrémité correspondant à la perforation. A ce niveau, la masse était à peu près réduite à la couche interne très amincie et à peine recouverte par quelques lamelles fibrino-cruoriques d'ailleurs fort minces.

L'examen histologique m'a fait constater que telle était la constitution de cette singulière tumeur. La couche interne était bien réellement formée par les tuniques artérielles ayant subi les modifications que l'on observe dans ces sortes d'anévrysmes; autour de ce sac, des caillots fibrino-cruoriques avaient déterminé la formation de la masse morbide si remarquable par son volume considérable.

Ce fait, si singulier au premier abord, n'est peut-être pas unique dans la science Maurice Raynaud a présenté en 1874, à la Société anatomique, sous le titre de : *Pseudo-anévrysme de l'artère pulmonaire développé dans une caverne tuberculeuse* (1), une observation offrant de grandes ressemblances avec celle que l'on

(1) Maurice Raynaud. In *Bulletins de la Société anatomique* pour 1874, t. 49, p. 169 et suivantes.

---

qu'elle serait publiée et fortement critiquée dans tout le pays. « Pour connaître la cause de sa mort, disait-il, on n'a qu'à examiner le cadavre! »

« L'histoire est amusante, ajoute M. Thomas, mais elle ne corrigera personne; on a pris des milliers de fois les guérisseurs en défaut. Chez nous, les magistrats les condamnent comme escrocs, cela n'avance à rien; il y a cent à parier contre un que bien des gens qui ont ri de l'homme d'Utrecht auront à l'occasion recours à ses conseils et suivront ses prescriptions avec une précision digne d'éloges. »

L'aventure arrivée à Taylor dans notre bonne ville de Bourges donne déjà raison à M. Thomas. On condamne les charlatans, mais cela n'avance à rien; et les plus dupés sont probablement ceux qui chantent le plus haut les louanges du trompeur. La fable du *Renard qui a eu la queue coupée* restera toujours vraie.

SIMPLISSIME.

CONGRÈS. — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Rouen, du 16 au 23 août 1883, sous la présidence de M. Frédéric Passy.

LEGS. — Le directeur de l'Assistance publique a reçu de Mme la duchesse de Grafton, une somme de 2,500 francs pour les malades sortant du service d'ophthalmologie de M. le professeur Panas.

— M. le docteur d'Olier, dont le fils, interne à l'hôpital Saint-Antoine, a malheureusement succombé, l'an dernier, à la fièvre typhoïde, vient de faire un nouveau legs de 300 francs à la bibliothèque des internes en médecine et en chirurgie de cet hôpital.

vient de lire. Le malade, un homme de 49 ans, avait présenté depuis une année des signes de bronchite : huit mois plus tard, hémoptysie très abondante; trois mois après, nouvelle hémoptysie après laquelle les crachats restèrent sanglants pendant plusieurs jours. La mort survint quatre semaines après le dernier crachement de sang. A l'autopsie, on trouva des lésions tuberculeuses disséminées avec granulations et cavernes. A la partie inférieure du lobe supérieur droit, existait une cavité sphérique de la grosseur d'un marron d'Inde et remplie de caillots de deux ordres : les uns, au centre, mous et diffluents; les autres, à la périphérie, denses, fibrineux, décolorés et manifestement stratifiés, décomposables en feuillets emboîtés. La face interne de ces caillots, en contact avec les caillots mous, était remarquablement lisse.

La dissection de l'artère pulmonaire a permis de retrouver un rameau de troisième ordre qui contournait, en s'y accolant, les parois de la caverne; de ce rameau, partait une collatérale qui semblait s'ouvrir à plein canal dans la cavité située au centre des caillots, « si bien que la surface interne de cette petite artère semblait se continuer avec la surface interne des caillots fibrineux. » On reconnaîtra, sans peine, dans cette description très saisissante donnée par Maurice Raynaud, des traits communs avec les détails anatomo-pathologiques que je viens de vous faire connaître dans l'observation qui m'appartient. Il est seulement regrettable que, d'une part, on n'ait pas pratiqué une injection dans l'artère pulmonaire, pour voir si elle pénétrait dans la poche qualifiée de pseudo-anévrysme; et, d'autre part, que l'on n'ait pas soumis les pièces à un examen histologique. Nul doute que cette double épreuve n'eût permis d'acquérir une absolue certitude sur la nature réelle de la lésion anévrysmale, à propos de laquelle eut lieu, à la Société anatomique, une intéressante discussion à laquelle prirent part M. Charcot et M. Trélat.

C'est vraisemblablement aussi un fait analogue qui a été observé et présenté par M. Liouville, en mai 1875, à la Société anatomique. La pièce avait été recueillie chez un jeune homme de 17 ans, mort de tuberculose pulmonaire. Voici dans quels termes elle est décrite dans les Bulletins de cette Société pour l'année 1875 : « L'anévrysme n'avait pu être soupçonné; cependant il s'était ouvert, ainsi qu'on le reconnut à l'autopsie; mais la bronche qui aboutissait à la caverne étant oblitérée, le sang n'avait pu être rejeté au dehors. » (2)

On le voit, il existe encore entre ce cas et celui que je vous ai rapporté, un certain nombre de caractères communs. Il est seulement regrettable que la dissection n'ait pas été plus complète, ainsi que la description des caillots, et que l'examen microscopique ne soit pas signalé dans le fait de M. Liouville.

Le mode de production de la tumeur que je vous présente aujourd'hui, me semble assez facile à comprendre, étant donnés : d'une part, les renseignements fournis par l'histoire clinique de cette malade; et, d'autre part, les résultats de la dissection et de l'étude faite au microscope. Il me semble hors de doute qu'une rupture peu considérable de cet anévrysme s'étant produite, du sang s'est épanché autour de la tumeur artérielle et que la reproduction successive des hémorrhagies a déterminé la formation des couches concentriques de caillots par le même mécanisme qu'à l'intérieur des anévrysmes sacciformes. Le petit volume de la perforation constatée à l'autopsie, la communication assez étroite de la caverne avec les cavités bronchiques; enfin, la longue durée des accidents d'hémoptysie rendent un compte très suffisant du mode de développement de cette tumeur.

(2) Henry Liouville. *Société anatomique*, mai 1875.

BIBLIOTHÈQUE

Sur les maisons de santé pour les buveurs habituels, par M. le docteur M. Berthelot. — Paris, 1882. G. Masson. Brochure in-8° de 19 pages.

Une jeune femme, âgée de moins de 30 ans, fille d'un buveur habituel, fut, à la suite d'un accouchement des plus laborieux, prise d'accès de dipsomanie. Après deux ans de surveillance

et de soins inutiles, les parents firent en vain de tous côtés des démarches pour interner la malade dans un établissement en rapport avec leur situation de fortune. De guerre lasse, ils s'adressèrent à un médecin de Sainte-Anne qui, avec beaucoup de bienveillance, leur fit comprendre que, malgré le certificat de dipsomanie délivré à la jeune femme, malgré le bon vouloir de la malade, le choix d'une section était plus que délicat, qu'il n'était ni prudent ni convenable de commettre la jeune femme avec des folles; que du reste, la réclusion ne pouvait être obtenue qu'à la suite d'un cas de folie bien constaté. — L'année suivante, la dipsomane succombait aux suites de ses excès alcooliques.

Frappé de ce fait, et de beaucoup d'autres analogues, M. le docteur Berthelot s'est demandé si les sacrifices qu'on ferait en vue d'établir des maisons de refuge pour les buveurs, ne constitueraient pas, outre la moralité de l'œuvre, des économies considérables pour les asiles d'aliénés et pour les prisons. Pourquoi ne tenterait-on pas en France, où les progrès de l'alcoolisme deviennent inquiétants, ce qui, dans ces dernières années, a été réalisé aux Etats-Unis, sous le nom de « inebriate homes » et en Angleterre, sous le nom de « habitual Drunkard's homes » ? — c'est à l'étude de ces établissements dans l'une et l'autre nation, et à l'exposition des bons effets qui y ont été obtenus, qu'est consacrée la brochure courte, sobre, bien écrite et très sincère, que nous recommandons aux lecteurs de ce journal. — M. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance solennelle du 2 avril 1883. — Présidence de M. Jamin.

Dans la séance solennelle de lundi dernier, l'Académie a distribué les prix suivants ;

Statistique. — Deux prix, l'un à M. Cheysson, directeurs des cartes, etc., au Ministère des travaux publics, pour son « Album de statistique graphique » ; — l'autre, à M. Maher, ancien directeur du Service de santé à Rochefort, pour ses « travaux relatifs à la statistique médicale de cette importante station de notre marine militaire. »

Deux mentions honorables : 1° à M. le docteur Guiraud, pour son « Etude des mouvements de population à Montauban ; » — 2° à M. le docteur Mauriac pour ses « Travaux relatifs aux opérations de la Commission des logements insalubres de la ville de Bordeaux, de 1876 à 1881 inclusivement. »

Chimie. — Prix Jecker, à M. Armand Gautier.

Prix Barbier : Deux encouragements de 1,000 francs chacun à M. le docteur Reliquet, pour son brise-pierre qui lui permet de faire la lithotritie rapide ; — et à M. le docteur Vidal, pour son scarificateur du lupus. (Ce prix est inscrit, nous ne devinons pas pourquoi, sous la rubrique : *Botanique.*)

Agriculture. — Prix Vaillant, à M. Toussaint, pour son « Mémoire sur l'inoculation comme moyen prophylactique contre le charbon ».

Anatomie et zoologie. — Prix Thore, à M. Ed. André, pour la « Monographie des Tenthrédides ».

Prix Da Gama Machado, à M. Hermann pour ses « Recherches sur la spermatogenèse chez les Sélaciens ».

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon : 2,500 fr. à M. le docteur Maillot, pour ses admirables travaux sur les fièvres continues des pays chauds et marécageux ; — 2,500 fr. à MM. Dieulafoy et Krishaber pour leurs expériences sur les singes démontrant la transmission de la tuberculose par l'inoculation et par la cohabitation ; — 2,500 fr. à M. le professeur Hayem pour son livre intitulé : *Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques.*

Mentions de 1,500 fr. à MM. Gréhant et Quinquaud pour leur méthode de dosage du sang au moyen de l'oxyde de carbone; — 1,500 fr. à M. le docteur Giraud-Teulon pour son livre intitulé : *La vision et ses anomalies* ; — 1,500 fr. à M. P. Mégnin, pour son livre intitulé : *Les parasites et les maladies parasitaires chez l'homme, les animaux domestiques et les animaux sauvages avec lesquels ils peuvent être en contact.*

Citations honorables à M. A. Borius, médecin de 1re classe de la marine, pour son livre sur « Les maladies du Sénégal » ; — M. Cadiat (Traité d'anatomie générale appliquée à la médecine) ; — MM. L. Dubar et Ch. Robin (Absorption par le péritoine); — M. H. Fournié (Des premiers secours aux blessés sur les champs de bataille); — M. E. Gavoy (Atlas d'anatomie topographique du cerveau et des localisations cérébrales); — M. H. Leloir (Recherches rela-

tives à la structure de diverses affections cutanées et à l'influence du système nerveux sur leur production).

Prix Bréant : 5,000 fr. à MM. Arloing, Cornevin et Thomas, pour leur mémoire intitulé *De l'inoculation comme moyen prophylactique du charbon symptomatique.* »

Prix Godard à M. le docteur Reclus, agrégé à la Faculté de Paris, pour deux travaux imprimés : l'un sur l'affection tuberculeuse, l'autre sur l'affection syphilitique du testicule.

Prix Lallemand, à MM. les docteurs Bourneville et Paul Regnard pour leur ouvrage intitulé *Iconographie photographique de la Salpêtrière.*

Mentions honorables à 1° M. le docteur Liégeois (Névropathie du cœur et de l'appareil respiratoire); — 2° M. le docteur E. Lamarre (Sur le rôle du système nerveux dans les affections du cœur).

Prix Montyon (Physiologie expérimentale), à M. Dastre (Rôle physiologique du sucre de lait).

Mention honorable à M. Gaëtan Delaunay (Influence de la nutrition sur l'empoisonnement par la strychnine). — M. L.

FORMULAIRE

POTION CONTRE LA BLENNORRAGIE. — SIGMUND.

Camphre.	0 gr 10 à 0 gr 15 centigr.
Extrait aqueux d'opium	0 gr 08 à 0 gr 16 centigr.
Looch huileux.	100 grammes.

Faites dissoudre. — Une cuillerée de 2 en 2 heures, dans la soirée et la nuit, pendant la période aiguë de la blennorrhagie, pour calmer les érections douloureuses et les épreintes qui se produisent après la miction et la défécation. — N. G.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 23 au 29 mars 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,303. — Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 12. — Rougeole, 41. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 40. — Dysenterie, 3. — Érysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 62. — Phthisie pulmonaire, 260. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 55. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 74. — Bronchites aiguës, 45. — Pneumonie, 128. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 45; au sein et mixte, 32; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 126 ; circulatoire, 71 ; respiratoire, 94 ; digestif, 59 ; génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 7. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 9.

RÉSUMÉ DE LA 13e SEMAINE. — Il a été notifié au service de la Statistique municipale, pendant la semaine du 23 au 29 mars, 1,208 naissances et 1,303 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,194, 1,140, 1,209, 1,316. Le chiffre de 1,303 décès relevé dans le bulletin de ce jour, est donc notablement supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les maladies épidémiques, fait ressortir :

Une aggravation pour la Rougeole (41 décès au lieu de 25), la Coqueluche (11 au lieu de 9) et la Variole (12 au lieu de 9);

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (30 décès au lieu de 39) et la Diphthérie (40 au lieu de 43).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Diphthérie (23 admissions pendant la période du 19 au 25 mars au lieu de 37 pendant la période précédente) et supérieure pour la Fièvre typhoïde (57 au lieu de 48), et la Variole (45 au lieu de 27).

On remarquera l'élévation subite du nombre des décès dus à la rougeole, 41, alors que la moyenne pour les quatre dernières semaines n'est que de 18.

Les quartiers les plus frappés sont ceux de : *Saint-Gervais*, *Plaisance*, les *Grandes-Carrières* et *Clignancourt.*

Résumé de la situation sanitaire pendant le 1er trimestre 1883.

Voici le total des nombres de naissances et de décès relevés dans les bulletins des treize semaines qui correspondent au 1er trimestre des années 1882 et 1883 :

1er trimestre	1882	naissances	16,160	décès	16,669
1er —	1883	—	16,760	—	15,329
En plus en	1883	naissances	600		
En moins en 1833..................				décès	1,340

MALADIES CONTAGIEUSES.

	Fièvre typhoïde.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphthérie.	Infection puerpérale.
1er trimestre 1882	438	187	291	48	800	93
1er — 1883	582	154	242	27	549	51
En plus en 1883	144	»	»	»	»	»
En moins en 1883	»	33	49	21	251	42

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 9 au 14 avril 1883.

Lundi 9. — M. Pasquier : Du pronostic et du traitement de l'envenimation ophidienne. (Président, M. Béclard.)

M. Landa : Contribution sur un cas d'expulsion partielle de caduque pendant la grossesse non suivie d'avortement. (Président, M. Depaul.)

M. Deschamps : Contribution à l'étude des atrophies musculaires à distance, appelées encore atrophies réflexes. (Président, M. Vulpian.)

M. Madre : Etude clinique sur le cancer primitif et secondaire du pancréas. (Président, M. Polain.)

Mardi 10, pas de thèses.

Mercredi 11. — M. Ollivier : Des injections sous-cutanées d'éther dans les états adynamiques. (Président, M. Vulpian.)

M. Boutin : Du phlegmon consécutif à l'hygroma suppuré du genou ou phlegmon post-hygromateux. (Président, M. Duplay.)

Jeudi 12. — M. Maschat : Contribution à l'étude des anomalies de la mamelle. (Président, M. Pajot.)

M. Uminski : Des avortements sanglants et non sanglants. (Président, M. Pajot.)

M. Lacaille : De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus. (Président, M. Pajot.)

M. Joan : Angine phlegmoneuse. (Président, M. Hardy.)

M. Mosnier : Contribution à l'étude de quelques symptômes de la chlorose. (Président, M. Hardy.)

M. Mirabel : De la parotidite dans la fièvre typhoïde. (Président : M. Ball.)

Vendredi 13, pas de thèses.

Samedi 14. — M. Salviat : L'uréthrotomie externe d'emblée dans la rupture traumatique de la région périnéale de l'urèthre. (Président, M. Panas.)

M. Papilliau : Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'œil chez les enfants. (Président, M. Panas.)

M. Chapuis : La fièvre typhoïde et les bains froids à Lyon. — Etude générale de la méthode de Brand. (Président, M. Jaccoud.)

M. Porquet : Des présentations du tronc. (Président, M. Richet.)

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Trèves, membre honoraire de la Société médico-pratique.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté a décidé de donner, comme sujet du prix Corvisart pour l'année scolaire 1882-1883, la question de l'*ascite*. Les mémoires adressés au concours seront reçus jusqu'au samedi 1er décembre prochain, dernier délai.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 28 mars 1883, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire, et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe : (Choix.) M. Lèques, médecin principal de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Oran, en remplacement de M. Vedrènes, promu. — Est maintenu auxdits hôpitaux et remplira les fonctions de médecin en chef de l'hôpital militaire d'Oran.

(Choix.) M. Fée, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Toulouse, en remplacement de M. Meurs, retraité. — Est maintenu audit hôpital.

(Choix.) M. Tarneau, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Belfort, en remplacement de M. Cuignet, retraité. — Est désigné pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

A trois emplois de médecin principal de deuxième classe : (Choix.) M. Sommeillier, médecin-major de première classe à la légion de la Garde républicaine, en remplacement de M. Lèques, promu. — Est désigné pour l'hôpital militaire de Nancy.

(Choix.) M. Cros, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Vincennes, en remplacement de M. Fée, promu. — Est maintenu audit hôpital.

(Choix.) M. Claudot, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon, en remplacement de M. Tarneau, promu. — Est maintenu audit hôpital.

A trois emplois de médecin-major de première classe : (Choix.) M. Ribard, médecin-major de deuxième classe au 1er régiment de chasseurs à cheval, en remplacement de M. Sommeiller, promu. — Est désigné pour le 38e régiment d'infanterie.

(Ancienneté.) M. Defos de Rau, médecin-major de deuxième classe au 88e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Cros, promu. — est désigné pour le 81e régiment d'infanterie.

(Choix.) M. Clément, médecin-major de deuxième classe au 21e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Claudot, promu. — Est désigné pour le 43e régiment d'infanterie.

A trois emplois de médecin-major de deuxieme classe : Premier tour (ancienneté). M. Vuillemin, médecin aide-major de première classe au 14e régiment de dragons, en remplacement de M. Ribard, promu. — Est désigné pour le dépôt du 88e régiment d'infanterie.

Deuxième tour (ancienneté). M. Thouvenin, médecin aide-major de première classe au 1er régiment du génie, en remplacement de M. Clément, promu. — Est désigné pour le 5e régiment de chasseurs à cheval.

Concours. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central a commencé le 29 mars 1883. Le jury se compose de : MM. Alphonse Guérin, président ; Bouchard, Delens, Desprès, Gillette, Monod et Nicaise, juges.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 9 avril 1883, à 4 heures *très précises*, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil).

Ordre du jour : I. Communication de M. Fraboulet, juge d'instruction à Saint-Brieuc, membre correspondant de la Société. — II. Analyse par M. Penard des travaux de la Société médico-légale de New-York. — III. Rapport par M. Boudet sur la responsabilité qui peut incomber aux médecins pour l'accomplissement des missions qu'ils acceptent de leurs clients moribonds. — IV. Communication de M. Brouardel sur les vulvites et les erreurs médico-légales auxquelles elles exposent. — V. Sur la restitution des ordonnances par les pharmaciens, communication de M. le docteur Larget.

Cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire. — Le docteur H. Picard commencera ce cours le lundi 9 avril, à 5 heures, 13, rue Suger, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

L'anatomie pathologique sera démontrée par des projections photographiques.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Membres du Comité : **BROUARDEL**, professeur à la Faculté, méd. de l'hôp. de la Pitié. — **SIREDEY**, méd. de l'hôpital Lariboisière. — **LUYS**, médecin de la Salpêtrière. — **GRANCHER**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôpital Necker. — **H. HALLOPEAU**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôp. St-Antoine. — **H. HUCHARD**, méd. de l'hôp. Tenon. — **G. HUMBERT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — **H. PETIT**, sous-biblioth. à la Faculté. — **Ch. ELOY**, ancien interne des hôpitaux.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

SUR LE

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN

PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1)

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ),

Par le docteur G. RICHELOT père,

Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

OBSERVATION VI. — Menstruation très tardive, précédée plusieurs années auparavant par des symptômes douloureux du côté du bas-ventre. Deux accouchements naturels, le second très douloureux. Après une seconde nourriture, troubles de la menstruation, douleurs lombaires et abdominales, symptômes gastriques graves et persistants, qui dominent la situation. Énorme engorgement du col utérin largement ulcéré. Durée de l'état morbide pendant onze ans sans amélioration, malgré diverses médications générales. Effet douloureux, cependant d'abord favorable, mais insuffisant, de l'application du nitrate d'argent. Résultat remarquable et prompt des cautérisations avec le caustique Filhos.

Mme F..., de taille moyenne, toujours très colorée, mais de tempérament lymphatique et douée d'un certain embonpoint, m'a consulté en mai 1851. Elle accusait principalement des douleurs qui avaient pour siège son estomac, et elle n'avait pas le moins du monde la pensée qu'elle eût un autre organe malade.

Elle n'avait été réglée qu'à 16 ou 17 ans, après avoir ressenti, deux ou trois ans auparavant, ce qu'elle appelait de violentes coliques. Puis, ses règles avaient été très régulières jusqu'à son mariage, et toujours très abondantes. Elle avait eu, en général, une bonne santé,

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 mars.

FEUILLETON

AU DOCTEUR SIMPLISSIME, A PROPOS DE MORPHIOMANIE.

Mon cher Simplissime,

Dans votre aimable *Causerie* du 24 mars dernier, vous prenez la résolution d'écrire toujours *morphinomanie.* Bien que le mot soit régulièrement formé, cependant je viens vous dire : N'écoutez pas de funestes conseils, et continuez à dire *morphiomanie.*

Mieux vaudrait, sans doute, guérir cette fatale passion, que de nous ingénier à la dénommer purement. Mais, puisque nous sommes réduits à parler au lieu d'agir, puisque la pénurie des remèdes efficaces nous laisse tant de loisirs pour fabriquer des mots, mettons au moins quelque vanité à faire correctement ce que nous pouvons faire, et n'oublions pas que nous sommes doublement bacheliers.

Autrefois nous parlions latin, nous écrivions nos thèses dans cette vieille langue qui est notre mère, et qui s'étonne aujourd'hui d'avoir des enfants si dégénérés. Nous parlions mal, c'est vrai ; notre latin n'était pas celui de Cicéron. Mais ce reste des vieux âges nous tenait encore en lisière. Nous étions plus gourmés et moins libres d'esprit, mais le souvenir présent de nos origines nous préservait de nombreux écarts, et notre langue usuelle, quand nous déposions la toge, se ressentait encore de ses grands modèles et conservait quelques vertus antiques.

Je pleure, mon cher Simplissime, notre oubli du latin et du grec. Je plains ces hommes

éprouvant seulement de loin en loin des maux de gorge, qu'on traitait par l'application de quelques sangsues, et, à ses époques, de légers étourdissements, lorsque, à l'âge de 18 ans, sous l'impression de la mort de son père, elle fut atteinte d'une maladie qu'on appela une gastrite. Elle vomissait tout ce qu'elle prenait, solides et liquides; et pourtant elle ne ressentait presque aucune souffrance. Cette maladie fut traitée par de fréquentes applications de sangsues, le plus souvent au creux épigastrique, quelquefois à l'anus, et dura trois ou quatre mois.

Mme F... se maria à l'âge de 19 ans 1/2, le 3 mai 1834, bien portante alors, sans avoir jamais offert aucun signe de chlorose, mais sujette aux maux de tête. Son premier accouchement, qui fut très naturel, eut lieu le 29 janvier 1835. Elle avait 21 ans. Elle nourrit ellemême ce premier enfant, qui était une fille, et pendant toute cette nourriture, elle n'éprouva aucune souffrance du côté de l'estomac. En janvier 1838, elle mit au monde un garçon, qu'elle nourrit également. Ce second accouchement fut plus court que le premier, mais beaucoup plus douloureux, peut-être à cause du volume considérable de la tête de l'enfant, qui appartenait au sexe maxculin. Elle avait été très souffrante pendant tout le dernier mois de cette grossesse.

Vers la fin de sa seconde nourriture, 12 à 14 mois après son accouchement, Mme F... commença à souffrir de l'estomac; et, trois mois après le sevrage, les règles n'étant pas encore rétablies, elle fut prise de douleurs dans les reins et dans le bas-ventre.

Lorsqu'elle s'adressa à moi, le 13 mai 1851, elle avait 37 ans, et souffrait, depuis plus de onze ans, d'une douleur à peu près permanente à la partie inférieure de l'épigastre, compliquée parfois de coliques. D'ailleurs, digestions très difficiles, maux de cœur, malaises, estomac distendu par des gaz, qui s'échappaient avec bruit, langue toujours rouge, papilles saillantes. Cependant, la pression sur l'épigastre n'avait jamais été douloureuse. Bouffées de chaleur au visage; maux de tête. Dans les grandes souffrances de l'estomac, la malade éprouvait de la douleur dans le dos, une sensation de fatigue dans les épaules et dans les bras, et une courbature générale. Depuis les dernières semaines, elle avait, disait-elle, le cœur barbouillé, c'est à peine si elle mangeait; constipation opiniâtre; douleurs dans les cuisses et dans les jambes, soulagées par le repos au lit. Les souffrances, la chaleur épigastrique augmentaient toujours quelques jours avant les règles. Les époques étaient douloureuses. Depuis 4 ou 5 ans, les règles diminuaient de plus en plus, et maintenant elles étaient réduites de moitié. Il y a 10 ans, à la suite d'un retard de 8 à 10 jours, elle avait eu une métrorrhagie grave, qui n'a pas eu d'autre suite qu'une fatigue momentanée. La Révolution de février 1848 avait produit chez elle une émotion telle, qu'ensuite toute cause de frayeur donnait lieu à une hémorrhagie utérine; et alors les souffrances de l'estomac devenaient plus intenses. Il n'y a jamais eu qu'un écoulement leucorrhéique insignifiant. Depuis quelque temps, les forces de la malade avaient diminué au point qu'il lui était impossible d'avancer une chaise, et que le moindre effort de ses bras était douloureux. Les reins étaient le siège, non d'une douleur

---

qui, habitués à l'analyse des faits, des idées et des sentiments, devraient garder en eux, comme un privilège, toutes les finesses du goût, toutes les délicatesses de l'esprit, je plains les médecins de souffrir que notre vieux gaulois perde insensiblement toute saveur, et cède la place à un langage informe, sans couleur et sans génie.

Vous trouvez mon indignation excessive, pour un *n* introduit sans violence dans un mot qu'il change à peine? A vrai dire, il s'agit d'un alcaloïde qui ne se vendait pas au siècle de Périclès, et que nous avons bien le droit d'arranger à notre guise, l'ayant mis au monde. Cependant veuillez me suivre un instant.

Je n'examine pas *morphéomanie,* qui veut dire passion de Morphée, ou passion du sommeil, et qui n'a aucun rapport avec le sujet qu'il désigne.

Morphinomanie vous paraît seul correct et vous éblouit; mais croyez-moi, ne vous laissez pas intimider. Quand deux mots s'assemblent pour former un composé, le *radical* du premier suffit à la combinaison, et la *désinence* n'y entre jamais. Or, ce radical varie dans quelque mesure; on peut le réduire, pourvu que le sens ne soit pas altéré. En supposant un mot grec *μορφινη*, je vous accorde le radical *μορφιν*, et par suite *morphinomanie*; mais qu'on prétende vous l'imposer, jamais! Vous avez le droit de vous en tenir à *μορφι*, d'en déduire *morphiomanie*, aussi régulier, plus rapide, et de le défendre envers et contre tous.

Dieulafoy, voulant désigner, non les malades qui urinent beaucoup (*polyurie*), mais ceux qui urinent souvent, créa le mot *pollakiurie*. Πολλακις, bien que dérivé de πολυς, est néanmoins un radical, dont le sens est perdu si on le mutile imprudemment. Aussi pouvait-il choisir *pollakisurie*, au même titre que *dysurie*. Et cependant, l'usage est tel de contracter le premier mot et d'en prendre le nécessaire, que *pollakiurie* s'est présenté naturellement, et que M. Egger consulté l'a déclaré valable.

aiguë mais d'une sensation habituelle de fatigue. La station debout causait une fatigue pénible et des tiraillements d'estomac.

Le pouls était faible, à 60. Les battements des carotides étaient faibles, mais sans bruit de souffle. Il y avait depuis peu de temps des palpitations et des étouffements. Un des phénomènes de la maladie, était un affaiblissement de la vue et des démangeaisons des yeux. La malade devenait de plus en plus nerveuse. Des envies fréquentes de pleurer donnaient lieu, surtout la nuit, à d'abondantes larmes, et il en résultait du soulagement. Rien d'anormal du côté des organes de la respiration. Un séjour à la campagne, il y a un an, avait été suivi d'une amélioration passagère. Les bains de mer avaient toujours produit une exaspération de toutes les souffrances.

On avait combattu cet état pathologique par les moyens suivants : saignée, sangsues, magnésie, bismuth, préparations ferrugineuses, eau de Vichy. Après onze ans de souffrance, comme on vient de le voir, ces moyens de traitement n'avaient amené aucune amélioration, et la malade s'affaiblissait de plus en plus. On n'avait même pas cherché à établir un diagnostic précis.

Examen. — Le museau de tanche, abaissé, volumineux, formait un bourrelet épais et dur autour d'une large ulcération arrondie, à fond rouge, déchiqueté, offrant des végétations irrégulières et ayant l'orifice cervico-utérin à son centre.

Traitement. — Le 13 et le 17 mai, cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, que j'introduis dans le canal cervico-utérin. Injection de guimauve et de pavot. Pilules laxatives. Cataplasmes sur l'estomac. Quassia amara. Bismuth.

Ces cautérisations produisent une exaspération assez vive des souffrances habituelles; et elles sont suivies d'un écoulement abondant de sang pendant trois jours. Puis, la malade ressent une amélioration générale. Son état nerveux est amendé; les envies de pleurer ne se reproduisent plus. Toutefois, l'état du col n'est point modifié.

Le 16 juin et le 8 juillet, cautérisation avec le caustique Filhos, en plein sur l'orifice, maintenu assez de temps pour produire une eschare suffisamment profonde. Au traitement ci-dessus indiqué, on ajoute les grands bains tièdes, qui dans le commencement de la maladie donnaient de l'étouffement, et qui maintenant se montrent très salutaires.

Quinze jours après ces cautérisations, l'état de la malade est le suivant : Les maux de tête ont disparu; les digestions sont encore lentes, mais les douleurs épigastriques n'existent plus; la langue est plus humide, moins rouge; les forces renaissent; garde-robes tous les deux jours au moyen d'un lavement simple.

La malade part pour la campagne.

Au retour de la campagne, à la fin de l'été, la santé est en pleine voie de rétablissement; il n'est plus question de l'affaiblissement de la vue et des démangeaisons oculaires, qui s'étaient exaspérées à la suite des premières cautérisations. Les époques ne sont plus dou-

---

Voilà, me direz-vous, des exemples dans lesquels l'euphonie ou le bon plaisir déterminent seuls notre choix. Mais je vous en citerai quelques-uns, où la langue médicale s'est bien autrement fourvoyée. Connaissez-vous l'histoire du mot *dothiénentérie* ? C'est δοθιην qui veut dire *bouton, pustule*. En supprimant la désinence, on aurait δοθιεντερια, mais jamais un Grec n'aurait écrit δοθιηνεντερια. *Dothientérie* serait donc parfait; mais *dothinentérie*, avec le ν euphonique, n'a pas moins de valeur. Pourquoi l'avoir repoussé, au nom de l'étymologie? Pourquoi vouloir *dothiénentérie*, beaucoup plus laid et parfaitement incorrect? Mettre ainsi bout à bout les deux mots y compris la désinence du premier, c'est faire avec ειδωλον idolonâtrie, ou névronalgie avec νευρον. Il y a plus; même en prenant le mot δοθιην intégralement, c'est *dotinentérie* qu'il faudrait dire. Vous ne l'ignorez pas, en effet, sans les mauvaises habitudes que nous a données le vénérable Erasme, nous saurions que l'η se prononce comme un *i*, et le mot de Bretonneau en serait quitte pour contenir deux *i* contractés en un seul. Vous voyez à quel point *dothiénentérie* est barbare.

Que d'erreurs analogues dans les mots d'invention moderne! Les anciens auteurs savaient que αισθησις a pour adjectif αισθητικος, d'où ils ont tiré l'*esthétique*. Plus tard, nous avons produit l'anesthésie au moyen des *anesthésiques*; et Littré, cet estimable bénédictin, n'a pas craint d'enregistrer ce vilain mot sans nous montrer combien il est mal bâti. Les arts *plastiques* sont bien nommés ; pourquoi disons-nous « les produits *néoplasiques* » ? Si la paralysie était une découverte récente, les malades qui en souffrent se nommeraient des *paralysiques*.

Et que dire des simplifications de l'orthographe? Je les admets en principe. Convenir que l'*f* a qualité pour traduire le φ, et que le θ peut devenir un *t*, voilà qui n'est pas contraire au génie de la langue, et je dirai quand on voudra *oftalmologie* ou *ftisie*. Mais supprimer l'*h* après le *t* pour le maintenir après le *p*, c'est trop fort; et vouloir nous imposer une énor-

loureuses; le col utérin se répare. Quelques cautérisations au caustique Filhos ont été jugées encore nécessaires en octobre et en novembre. Ces cautérisations ont été suivies de douleurs nerveuses générales vagues; puis, la santé étant devenue normale, tout traitement a été cessé avant la fin de l'année. Le volume du col utérin était modéré, sa surface sans rougeur, et son orifice arrondi comme celui d'une femme qui n'a jamais eu d'enfants.

Remarques. — Ici encore, comme dans l'observation V, on doit admettre une prédisposition morbide remontant à l'âge de la puberté, et sans doute, comme cause déterminante, les douleurs du second accouchement. Ce qui donne un grand intérêt à ce fait, c'est l'inutilité des traitements généraux, qui ont laissé marcher indéfiniment et s'aggraver la maladie méconnue où tous les symptômes avaient leur source. Dans ces affections, la guérison spontanée de l'organe malade n'est guère possible. Un traitement local est indispensable. Chez cette malade, l'emploi de la pierre infernale n'a pas été sans effets utiles; mais ce sont les cautérisations avec le caustique Filhos qui ont reconstitué le museau de tanche en même temps qu'elles amenaient le dégorgement de tout l'organe, et qui ont fait cesser avec une rapidité remarquable des phénomènes morbides très douloureux et très graves, après une durée de onze années!!

A suivre.

ÉLECTROTHÉRAPIE

DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ DYNAMIQUE, FARADIQUE ET STATIQUE.

Sous ce titre, le docteur Rockwell lisait, le 22 janvier 1883, à la Société médicale de New York, la note clinique suivante que nous résumons (1). De toutes les difficultés de la pratique médicale, aucune assurément n'est plus grande que d'établir le raccord entre les indications morbides et les indications thérapeutiques. C'est ainsi qu'on use et qu'on abuse de l'électricité, agent dangereux entre les mains des charlatans et parfois nuisibles entre celles des maladroits.

Aux propriétés physiques et physiologiques de l'électricité galvanique, faradique et statique, correspondent des effets thérapeutiques variés et spéciaux. S'il est faux d'attribuer à

(1) *The New-York med. journ.*, 3 février 1883.

mité pareille, comme si les langues se faisaient officiellement dans les assemblées délibérantes, c'est à désespérer du bon sens de notre pays. Ecrire *phtisie* n'a pas de raison, n'en déplaise à la pédante Académie française, et ne vaut guère mieux que de pousser la simplification à l'absurde, en écrivant « une femme *comifo* ».

Un jour, présidant un examen, le regretté professeur Lasègue interrogeait les candidats sur la rougeole. Je ne sais quel enchaînement d'idées le conduisit à demander comment rougeole se dit en latin. *Morbillus*, dit le premier; interrogé à son tour par un signe de tête, le deuxième répondit *morbilla*; vous le croirez à peine, mais le troisième risqua *morbillum*, et le quatrième demeura sans rien dire. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le fou rire désarma les juges, et que les candidats furent admis. Mais en quittant l'examen, Lasègue, ce fin lettré, déplorait l'ignorance progressive dont les réformes universitaires nous préservent si mal, et dont les vices de langage signalés plus haut sont les symptômes.

Et cependant, je ne demande pas à mes confrères d'écrire et de parler latin comme jadis. Mais voyez comment vont les choses : la pureté du langage et le souvenir de nos origines n'entrent guère dans les préoccupations de la science moderne; et d'autre part nous conservons pieusement la robe et la toque, le *vestis talaris* et l'*humerale coccyneum*, cet affublement ridicule qui fait ressembler nos professeurs à des singes ou à des médecins de Molière. Ne pouvions-nous mieux placer notre amour de la tradition? J'en appelle aux derniers lecteurs de Rabelais, à tous ceux pour qui le nom « d'humanités » a conservé quelque sens et renferme encore des souvenirs.

Si, dans ces plaintes amères pour un si mince objet, vous voyez la preuve d'un esprit chagrin, pardonnez-moi, mon cher Simplissime, d'avoir troublé votre repos; mais laissez-moi espérer que, faisant taire les scrupules dont votre esprit s'est laissé envahir, vous continuerez à dire *morphiomanie*.

Dr Alyssett.

chacune d'elles une efficacité souveraine ou pour le moins très puissante contre certains groupes morbides, il est aussi erroné de prétendre retirer de l'emploi exclusif de l'une d'elles les mêmes bénéfices thérapeutiques contre telle ou telle forme pathologique d'une même affection.

Voici, par exemple, un hémiplégique; l'excitabilité électrique des muscles malades est augmentée. La faradisation avec un courant de faible intensité, mais à fréquentes interruptions, est indiquée. En serait-il de même si la contractilité était faiblement diminuée ou même encore normale? Dans ce cas un simple courant serait préférable. Est-elle, au contraire, très diminuée? Le courant galvanique est alors indiqué.

Dans les paraplégies, la perte ou la diminution de la contractilité électro-musculaire est rapide, et la galvanisation restaurera l'excitabilité, tandis que la faradisation sera utile pour combattre les troubles trophiques de la fibre musculaire paralysée. Ces différences d'action sont apparentes dans les paralysies faciales et en particulier dans les paralysies d'origine rhumatismale. La faradisation pourra ne provoquer aucune contraction, tandis que les mêmes muscles répondront à une galvanisation inférieure en énergie au courant qui les met en jeu quand ils sont sains. Enfin, est-il besoin de rappeler que les courants continus sont seuls applicables quand on veut agir sur le système nerveux central.

D'ailleurs, ici comme dans toutes les questions de clinique, on doit tenir compte de la forme symptomatique spéciale de l'affection et de l'idiosyncrasie du malade. C'est ainsi que dans certaines maladies, telles que les névralgies, on jugera facilement de la différence entre les propriétés de l'électricité galvanique faradique et statique. Dans l'espèce, sans exagérer, comme on l'a souvent fait, les avantages de la faradisation, il faut reconnaître ses bons résultats contre certaines formes de douleur, alors que, dans d'autres conditions, elle produit l'aggravation des symptômes. Ici, du moins, les effets provoqués par la pression des régions douloureuses fourniront d'utiles indications. La pression augmente-t-elle la douleur? Le courant galvanique sera indiqué. Dans le cas contraire, on pourra avec avantage faire usage de la faradisation. Il en est ainsi, par exemple, dans les hypéresthésies hystériques qu'une pression superficielle augmente et qu'une compression prolongée diminue. Conséquemment sans prétendre limiter, *a priori*, les conditions d'emploi de chacune de ces méthodes d'électrisation, on doit reconnaître que l'une est supérieure à l'autre dans certaines formes de névralgie. De plus, l'état général du malade doit être pris en considération. C'est ainsi que chez les individus débiles, on préférera le courant faradique à cause de ses propriétés toniques. Or, ces dernières étant vraisemblablement en rapport avec les effets mécaniques du courant, il faudrait, pour obtenir les mêmes résultats de la galvanisation, employer un courant galvanique interrompu de haute tension, circonstance qui présenterait des inconvénients.

Enfin, il est des maladies, organiques ou fonctionnelles, qui réclament spécialement l'emploi de l'une ou de l'autre de ces méthodes d'électrisation. Telle est l'*asthénopie* qui est en rapport, soit avec des troubles fonctionnels des muscles de l'accommodation, soit avec une hyperesthésie de la rétine et des nerfs ciliaires. Dans le doute, on peut faire seulement usage du courant faradique; mais il faut ajouter que dans ces cas l'électricité est loin d'être toujours efficace. Il en est encore de même dans les *paralysies diphthéritiques* dont la guérison spontanée est fréquente; aussi l'électricité ne sera utile que si les troubles sont anciens et rebelles.

Dans l'*irritation spinale* la faradisation seule ne rendra guère de services; mais, combinée avec la galvanisation de la région vertébrale, à titre de tonique, elle sera plus efficace contre les points douloureux. Il en serait tout autrement contre les troubles fonctionnels, consécutifs à la *méningite cérébro-spinale* tels que les douleurs oculaires, avec céphalalgie, rachialgie et raideur des muscles du cou.

L'électrisation a parfois amélioré le *goître exophthalmique*. Le galvanisme est indiqué et la faradisation n'est alors utile qu'à titre de tonique. Dans l'*anosmie*, la galvanisation a restauré le sens du goût et de l'odorat, alors que la faradisation avait échoué. Contre les affections dans lesquelles l'électricité peut être utile, le courant galvanique a été plus efficace que le courant faradique; il en est ainsi dans l'*herpès Zoster*.

L'électricité dynamique et même le franklinisme sont utiles dans la *chorée aiguë et chronique*; toutefois, on préférera la faradisation quand il existe des troubles trophiques, et la galvanisation chez les malades dont la nutrition est intacte. De même encore dans l'*aménorrhée*, chez les chloro-anémiques la faradisation donnera de meilleurs résultats que les courants continus et la franklinisation.

La galvanisation a été plus efficace contre la *dysménorrhée*. Dans cette affection, la franklinisation des malades, isolées sur le tabouret, a aussi procuré des succès thérapeutiques; mais, néanmoins, ses effets toniques sont inférieurs à ceux de la faradisation générale.

Il faut encore remarquer, en électro-thérapie, comme dans les autres médications, que l'action d'un agent, favorable dans le début, ne tarde pas à s'épuiser. Il est donc nécessaire

de varier les méthodes. On a vu des améliorations succéder à la galvanisation et à la faradisation, et ne devenir complète que par la franklinisation. Réciproquement, dans l'irritation spinale par exemple, la douleur a été diminuée par cette dernière méthode, tandis qu'elle avait été rebelle au galvanisme et au faradisme.

Dans les *névralgies vraies*, la franklinisation ne donne pas des résultats aussi nombreux que l'électricité dynamique. C'est ainsi que les douleurs diffuses, non localisées en foyer, sont justiciables de la faradisation plutôt que de la galvanisation et surtout que de la franklinisation. Il en est autrement des phénomènes de résorption dans les synovites chroniques. Ici, le traitement par les étincelles sera plus efficace que celui par l'électricité dynamique.

Mêmes avantages seront observés en faveur de l'électricité statique, pour vaincre des *contractures anciennes* et pour combattre l'*anesthésie cutanée*. Que conclure de ces faits ? Sinon que les indications électro-thérapeutiques, étant multiples, doivent être prises en considération, parce qu'elles sont les premiers éléments des succès ou les causes des insuccès.

Ch. Eloy.

BIBLIOTHÈQUE

Les hystériques. État physique et état mental, par M. docteur Legrand du Saule. Paris, J.-B. Baillière, 1883.

Ce livre est le résumé de l'immense expérience acquise par l'auteur pendant trente années, comme interne à Charenton, médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, de l'Infirmerie spéciale des aliénés et du Dépôt de la préfecture, etc. Tout en faisant une description générale de l'hystérie, M. Legrand du Saulle s'est attaché plus spécialement à l'étude de points moins connus, comme l'histoire clinique, psychologique et médico-légale des hystériques, et la compétence incontestable qu'il s'est acquise par ses travaux sur ces points, ses fonctions à la préfecture, son intervention comme médecin légiste dans un grand nombre d'affaires, donnent à certains chapitres de son livre un intérêt tout spécial.

Voici d'abord un aperçu rapide de l'ouvrage : Dans les considérations préliminaires, M. Legrand du Saulle s'attache à préciser ce qu'il faut entendre par l'hystérie. Ce n'est pas, comme des ouvrages trop fantaisistes l'ont dit et l'ont fait malheureusement croire pendant trop longtemps, une affection à caractères étranges et inattendus, à marche capricieuse, à type essentiellement instable, échappant par sa nature à toute description didactique; c'est une maladie qu'il faut étudier comme une autre, et alors on voit qu'on peut déterminer ses caractères et ses lois, prévoir ses manifestations et ses conséquences, formuler enfin son traitement rationnel.

Alors M. Legrand du Saulle décrit l'hystérie comme sont décrites les autres maladies auxquelles on a consacré des monographies spéciales.

Les différents chapitres traitent successivement : des *causes de l'hystérie*, divisées en causes prédisposantes, sexe, âge, hérédité, influences morales et physiques, climat, et en causes déterminantes, physiques et morales. Les causes prédisposantes peuvent d'ailleurs se ranger en quatre catégories suivant qu'elles relèvent de l'hérédité, d'une prédisposition directe, d'une prédisposition par cause pathologique ou par troubles menstruels; — des *manifestations somatiques de l'hystérie* sous ses différentes formes ; pendant les attaques : hystérie *sans attaque*, hystérie convulsive et hystéro-épilepsie; et, dans l'intervalle des attaques : troubles divers de la sensibilité, de la motilité, des sécrétions et excrétions, de la circulation et de la nutrition; — de l'*hypnotisme* chez les hystériques; — des *manifestations intellectuelles* de l'hystérie, troubles des facultés affectives, état mental dans l'enfance, l'âge adulte et la ménopause, extases, anomalies du sommeil, somnambulisme, double conscience, etc.; — de la *folie hystérique*, phénomènes délirants, hallucinations, idées de suicide, folie hystérique épidémique ; — de la *clinique médico-légale de l'hystérie*, chapitre sur lequel nous reviendrons tout à l'heure ; — des *formes, marches, durée, terminaison, nature, diagnostic et pronostic* de l'hystérie ; enfin de son traitement.

Un chapitre spécial est consacré encore à la *nymphomanie*, que M. Legrand du Saulle, avec la plupart des névro-pathologistes modernes, considère comme très différente de l'hystérie. La nymphomanie est la surexcitation particulière des organes génitaux qu'on a considéré longtemps comme de l'hystérie, et que beaucoup de gens du monde croient encore être l'hystérie ; elle peut faire partie des symptômes de cette dernière, mais souvent aussi elle en est indépendante.

Dans la rédaction de ce livre, M. Legrand du Saulle, parfaitement au courant des travaux publiés auparavant sur l'hystérie, y a puisé les documents nécessaires à ses descriptions : il y

a ajouté aussi un grand nombre de faits personnels qui ne sont pas des moins intéressants. Mais, comme nous l'avons déjà dit, la partie la plus neuve, la plus originale, est celle qui est consacrée à la clinique médico-légale des hystériques. Nous nous y arrêterons plus longuement.

Cette catégorie de malades à souvent maille à partir avec la justice à cause des actes délictueux, criminels même, qu'elle est exposée à commettre. « Il ne se passe pour ainsi dire pas de jour, dit l'auteur, que les journaux ne relatent des faits divers dont le fond et les détails demeurent absolument inexplicables pour quiconque n'est pas familiarisé avec les singularités de l'hystérie. La Préfecture de police et le Parquet de la Seine sont à chaque instant saisis d'affaires véritablement inextricables si l'on n'a pas comme fil conducteur, afin d'en suivre les détours, une connaissance approfondie des anomalies intellectuelles des hystériques. »

Plus que tout autre, M. Legrand du Saulle possédait les éléments nécessaires pour bien étudier cette question et pour dresser des excentricités coupables des hystériques un tableau qui put servir de guide aux médecins chargés d'examiner ces êtres maladifs, et aux magistrats chargés de les juger. Les nombreux faits qu'il avait recueillis dans ses lectures ou dans son observation personnelle, résumés et groupés d'après leurs particularités intéressantes, lui ont servi à écrire ce qu'il appelle le dossier médico-légal de l'hystérie, dossier que tout le monde pourra consulter avec fruit, aussi bien les gens du monde exposés à se trouver en contact, à leurs dépens, avec les hystériques, que les magistrats et les médecins.

Ces observations médico-légales ont été divisées en trois groupes suivant que les actes reprochés aux névropathes sont simplement *insolites*, ou qu'ils sont *délictueux* ou *criminels*. A la première catégorie appartiennent : « Les excentricités, mensonges, mystifications, supercheries et simulations qui, n'offrant pas de caractère vraiment dommageable à autrui, ne donnent pas lieu à l'intervention judiciaire, sinon par méprise ; à cela se joignent les tentatives de suicide et les suicides accomplis, qui ne ressortissent qu'aux lois de la morale et ne peuvent pas entraîner des pénalités humaines. » — A la seconde, celle des actes délictueux, les vols, abus de confiance, fausses imputations ou accusations dommageables dirigées contre autrui, et qui tombent sous le coup de la loi. — A la troisième, celle des actes criminels, les rapts d'enfants, les attentats aux mœurs, les menaces de mort, les coups et blessures, incendies, infanticides, assassinats, etc. De nombreuses observations sont citées comme exemples de chacune de ces particularités.

En les lisant on comprend combien est vraie cette phrase de M. Legrand du Saulle : « bien des existences d'hystériques sont emaillées d'actes excentriques et déraisonnables, semées d'aventures imprévues, en un mot assez mouvementées pour faire pâlir les créations des romanciers les plus inventifs. »

Il ne s'agit plus ici, à la vérité, de ces malheureuses à manifestations violentes, brutales, qu'on est obligé d'enfermer dans des asiles spéciaux, mais de nombreuses femmes appartenant à toutes les classes de la société, vivant de la vie commune, mais agissant au rebours du sens commun, côtoyant pour ainsi dire les frontières de la folie ; de celles dont M. Legrand du Saulle dit si justement : « On ne sait pas encore jusqu'à quel point les hystériques sèment de douleur et d'amertume la vie de leurs proches. Avec les apparences d'une activité raisonnable, une névropathe peut ne reculer devant rien et mettre en défaut la perspicacité des parents, des médecins et des magistrats. Il est bon que l'on soit prévenu et que l'on se tienne sur ses gardes. »

La terminaison naturelle de cette étude médico-légale était l'appréciation du degré de responsabilité des hystériques, sujet que M. Legrand du Saulle a discuté avec toute la minutie et la sagacité désirables. Le plus souvent l'hystérie entraîne avec elle une atténuation de culpabilité ; mais il ne faut pas dire que l'hystérique soit toujours irresponsable ; une même malade peut, suivant les heures, jouir de la responsabilité à peu près entière ou de l'irresponsabilité la plus absolue. On comprend combien il est difficile de se prononcer sur des questions aussi délicates, mais nous ne doutons pas que l'ouvrage de M. Legrand du Saulle ne vienne jeter une vive lumière sur ces obscurités. Nous espérons avec lui, qu'à l'avenir, dans les affaires judiciaires où participera l'hystérie, « on n'entendra plus émettre des opinions manquant de toute vérité et que l'on ne verra plus citer les appréciations de littérateurs ingénieux comme faisant autorité. L'hystérie aura son casier ; les hystériques auront leur code. » Nous conseillons vivement aux personnes obligées d'émettre un avis sur ces points de consulter auparavant le livre si instructif de M. Legrand du Saulle.

L.-H. Petit.

JOURNAL DES JOURNAUX

Journaux italiens.

La clinique des maladies mentales de Padoue publie dans le n° 46 de la *Gazetta medica ital. prov. venete*, une lettre de M. le docteur Laurent Ellero à M. le professeur A. de Giovanni sur un cas très curieux d'hypnotisme avec transposition des sens. Le savant maître auquel est fait cet hommage, a contribué puissamment par ses études à faire connaître un des premiers, en Italie, les singularités de l'hypnotisme; nous avons eu récemment l'occasion de signaler à nos lecteurs le travail de ce clinicien.

— Gubler dans ses *Commentaires du Codex* dit que le bromure de potassium donné dans les maladies du cœur les guérit quelquefois, les soulage souvent et ne leur nuit presque jamais. M. le docteur R. Massalongo a voulu vérifier cet aphorisme dans une étude critique et expérimentale que donnent les n°s 45 et 46 du journal cité précédemment. L'opinion de notre professeur de thérapeutique a été reconnue juste en tous points.

— L'endocardite de la crosse de l'aorte, l'insuffisance des valvules aortiques produisent souvent l'angine de poitrine; on peut donc jusqu'à un certain point admettre la possibilité du diagnostic de cette maladie par une auscultation attentive et éclairée, mais il semble impossible de soupçonner sur le vivant, l'altération athéromateuse des artères coronaires, comme cause de la sternalgie. L'observation de M. le docteur Henri Comini, 2e assistant à la clinique médicale de Pavie, est donc on ne peut plus rare et offre un intérêt spécial que nous tenions à faire connaître. (N° 45, *Gaz med. ital. Lombardo.*)

Des injections parenchymateuses dans le goître, par M. le docteur Parona, in *Gaz. degli ospitali*, n°s 88 et 92. — Après avoir passé en revue toutes les substances qui ont été injectées dans les bronchocèles pour en opérer la résolution, la quantité de liquide nécessaire à ces injections, les indications et contre-indications de la méthode, l'auteur termine par l'étude des effets consécutifs à cette thérapeutique. Il pense que la teinture d'iode doit être préférée à tous les autres liquides astringents ou caustiques, et qu'on doit ne répéter les injections qu'à de longs intervalles, et non, comme le veut Billroth, une ou deux fois par semaine.

Le plus souvent, chez les très jeunes enfants, le contenu d'une ou deux seringues de Pravaz suffit pour faire disparaître le goître: néanmoins, dans quelques cas exceptionnels, il a fallu répéter jusqu'à trente fois cette petite opération.

Les phlegmons qui peuvent survenir, l'iodisme qui vient parfois compléter ce traitement, ne doivent pas inquiéter, la résolution n'en suit pas moins sa marche. C'est par dégénérescence adipeuse des éléments du goître que la guérison s'obtient; l'auteur a pu suivre et vérifier cette transformation.

— M. le docteur A. Bianchi est l'inventeur d'une nouvelle méthode thérapeutique qui consiste dans l'emploi de l'eau saturée de chloroforme pour les lavages de l'estomac. A l'appui de son dire sur les excellents résultats qui résulteraient de cette eau médicamenteuse, M. le docteur Bianchi cite trois observations : la première, d'une dame âgée de 44 ans, atteinte de cancer du pylore dans sa dernière période, avec vomissements de sang, émaciation, douleurs épigastriques, etc. Après quatre jours de traitement par l'eau chloroformisée, les douleurs cessèrent. Dix jours en suite, des irrigations simples furent faites, et enfin on reprit encore pendant cinq jours l'usage de l'eau médicamenteuse après quoi l'appétit revint et les douleurs ne reparurent plus.

Une gastrite chronique avec douleurs violentes, dans le second cas, cède encore à la médication. L'eau employée (500 gr.) est saturée de chloroforme; on la laisse environ quinze secondes en contact avec la muqueuse gastrique, puis on la remplace par de l'eau pure. Dans cette observation, on dut faire cette petite opération trois fois le jour, avant les repas; le résultat fut tout à fait satisfaisant au bout de quelques jours.

Le troisième cas nous montre un catarrhe de l'estomac avec distension exagérée de l'organe, douleurs vives, etc., etc., chez un alcoolique; succès complet par les lavages anesthésiques. (*Lo Sperimentale*, octobre; *Gaz degli capitali*, n°s 39, 40, 42, 43, 70, 93.)

— Le 21 octobre dernier, M. le docteur Giovannini, chirurgien en chef de l'hôpital du Saint-Archange, enlevait un kyste dermoïde suppuré du ligament large du côté droit; huit jours après la malade était guérie.

Le 31 du même mois, M. le professeur D. Peruzzi procédait à Ferrare à sa quarantième opération d'ovariotomie sur une jeune fille de 15 ans. Le succès était complet en peu de ours.

Dans sa clinique chirurgicale de Bologne, M. le professeur Loreta extirpait un volumineux kyste multiloculaire des ovaires à une femme de 50 ans; onze jours après, la malade quittait son lit.

M. le professeur Porro a pratiqué avec succès, dans le mois de novembre, la même opération à Milan, sur madame la comtesse Revel, femme du général de ce nom.

Enfin, dans l'hôpital de Sarzana, M, le docteur Paci a fait, avec le même bonheur, une double ovariotomie et l'amputation complète de l'utérus. Nous sommes heureux d'avoir à enregistrer ces succès.

Note clinique sur le traitement du mal perforant du pied, par M. le docteur François Parona. — L'auteur passe en revue les théories émises pour expliquer cette affection : lésion des centres nerveux ou des ganglions spinaux, ou encore des gros troncs, voire même une simple altération nerveuse périphérique. Ceci fait, il explique la manière dont se comporte le mal perforant, les soins qui lui sont habituellement consacrés, etc. M. le docteur Parona émet ensuite sa manière de procéer et donne à l'appui plusieurs observations qui nous ont paru concluantes. Il pense qu'avant d'instituer un traitement quelconque, il convient d'explorer soigneusement la sensibilité des tissus qui avoisinent l'ulcère, et si cette zone n'est plus sensible dans une grande étendue, il engage à renoncer à toute intervention chirurgicale active. Dans le cas, au contraire, où l'anesthésie cutanée est circonscrite, M. le docteur Parona s'est bien trouvé d'enlever toute la partie insensible et calleuse. (*Gaz. degli ospitali*, n°s 95 et 96).

— Dans le premier-Milan des numéros 95 et 97 de la *Gazette des hôpitaux*, M. le professeur Bizzozero passe en revue l'état de la science sur la tuberculose avec les idées qui ont cours aujourd'hui et les découvertes dont celle-ci s'est enrichie depuis plusieurs années. Admettant sans réserve la théorie parasitaire et infectieuse de la maladie, l'éminent praticien se demande, non sans quelque malice, ce qu'il faudra faire désormais de l'hérédité, qui joue cependant un rôle bien manifeste dans la tuberculose.

D'après Balmer et Fraentzel, on peut désormais porter sûrement un pronostic sur la gravité de la maladie par l'examen microscopique des crachats des phthisiques. Ce pronostic sera fâcheux si l'on y trouve un grand nombre de bacilli bien développés; on constatera de même l'amélioration de la maladie par leur diminution. On a enfin noté la quantité innombrable de ces micro-organismes dans la phthisie galopante; on les a vus aussi dans les exsudats purulents des tumeurs blanches, dans les ulcéreux tubercules de la langue et de l'intestin.

(*A suibre.*) Dr G. Millot-Carpentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 avril 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentations. — Rapport sur un travail intitulé : Traitement de l'anévrysme artério-veineux par les opérations sanglantes. — Communication sur la résection du poignet.

M. Desprès offre en hommage, au nom de M. le docteur Manec, ancien chirurgien de la Salpêtrière, un tableau peint par Horace Vernet et représentant une jeune fille à laquelle M. Manec avait pratiqué, il y a bien des années, l'ablation des deux seins pour une hypertrophie considérable de ces organes. L'une des mamelles ne pesait pas moins de 15 livres et l'autre 13. La malade guérit parfaitement de la double opération; elle s'est mariée depuis, a eu quatre enfants, vit encore et se porte bien. M. Desprès demande la permission d'ajouter que la guérison s'est effectué sans le pansement de Lister. On s'en doutait quelque peu, et cette réflexion humoristique du Caton de la chirurgie antiseptique, qui ne manque aucune occasion de prononcer le *delenda Carthago* contre la méthode listérienne, jette une note gaie dans le sérieux de la séance.

Avant de quitter Paris pour aller réchauffer ses vieux ans au soleil du Midi, le vénérable chirurgien de la Salpêtrière a chargé M. Desprès d'offrir en son nom à la Société de chirurgie ce portrait qui est un œuvre d'art de l'un des maîtres de la peinture, consacrant un succès de l'un des maîtres de l'art chirurgical.

— M. Verneuil donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Reclus, intitulé : *Traitement de l'anévrysme artério-veineux par les opérations sanglantes.*

L'auteur de ce travail n'a trouvé dans les livres classiques qu'un nombre très restreint

d'odservations relatives au traitement de l'anévrysme artério-veineux par les opérations sanglantes. Il a dû, pour composer son mémoire, faire de nombreuses recherches dans les recueils périodiques; il a eu en outre l'occasion d'observer dans le service de M. Verneuil, son maître, un cas d'anévrysme artérioso-veineux du creux poplité traité par l'ouverture du sac entre deux ligatures. L'opération a été suivie de guérison, après des péripéties émouvantes. Cette observation, qui est la principale du mémoire de M. Reclus, a été, de la part de M. Verneuil, l'objet de réflexions et de commentaires très étendus, dans lesquels, avec sa science consommée et sa vaste expérience, l'éminent chirurgien a examiné et longuement discuté les trois points suivants: 1° l'opération était-elle indiquée, nécessaire? 2° quelle était la meilleure méthode à employer? 3° fallait-il ouvrir le sac ou le respecter?

M. Verneuil se complaît dans les détails précis et minutieux, estimant avec raison que c'est par l'exactitude et la précision que valent les observations et qu'elles sont dignes de prendre rang dans la science. Son rapport a été presque tout entier consacré à l'examen et à la discussion de cette opération d'anévrysme artérioso-veineux du creux proplité qu'il a pratiquée; ce travail forme un tout dans lequel chaque partie a sa valeur propre et tient à l'ensemble par des liens étroits qu'il est difficile de briser sans nuire à l'unité et à la solidité de l'œuvre. Ne pouvant donc reproduire le rapport de M. Verneuil dans ses détails, d'ailleurs difficiles à bien saisir à la simple lecture, nous devons nous borner à l'indiquer, en mentionnant, en outre, les éloges que M. le rapporteur a décernés au mémoire de M. Reclus, qu'il a qualifié d'œuvre remarquable, absolument originale, et dont il a demandé l'insertion intégrale dans les *Bulletins*. Cette proposition a été adoptée après quelques brèves observations de MM. Trélat et Léon Le Fort.

— M. le Président annonce que MM. Ollier (de Lyon) et Pamard (d'Avignon), membres correspondants, assistent à la séance. Il donne la parole à M. Ollier pour une communication relative à la résection de l'articulation radio-carpienne.

M. Ollier croit devoir appeler l'attention sur la résection du poignet, bien que cette opération ait contre elle l'opinion générale des chirurgiens, que Malgaigne ait voulu la rayer du cadre des opérations chirurgicales, et que les nouveaux essais tentés, dans ces derniers temps, en Angleterre et en Allemagne, n'aient pas donné des résultats très satisfaisants.

M. Ollier a pratiqué vingt-deux fois cette opération, tantôt d'une manière incomplète en se bornant à l'abrasion avec énucléation de certains os du carpe, tantôt en faisant la résection totale du carpe et la résection partielle de la surface articulaire du radius.

On a dit que la résection radio-carpienne était moins grave par elle-même que par son insuffisance à guérir la maladie pour laquelle on la pratique, surtout par les insuccès fréquents dont elle est suivie, par les résultats incomplets qu'elle donne, les fistules interminables qu'elle laisse après elle et, enfin, l'inutilité de la main qu'elle a la prétention de conserver.

Ces critiques sont justes quand elles s'adressent à des opérations pratiquées pour des cas où les lésions articulaires étaient trop avancées, lorsque les gaînes tendineuses étaient déjà envahies par les productions morbides; mais, dans certains cas, la résection pratiquée en temps opportun a donné à M. Ollier des résultats satisfaisants et il a vu qu'en somme, les résultats étaient bons ou mauvais suivant la période de la maladie à laquelle l'opération était pratiquée.

M. Ollier n'a pas constaté que l'opération fût plus grave chez les tuberculeux que chez les autres malades, à moins toutefois que la résection soit incomplète et laisse subsister des masses tuberculeuses dont l'évolution fatalement progressive, locale et générale, a pour effet d'affaiblir les malades et de précipiter le dénouement. Plusieurs cas favorables lui ont montré, au contraire, que l'opération pratiquée en temps opportun peut guérir les malades ou du moins arrêter, pour un certain nombre d'années, la marche de la maladie. Il observe actuellement un de ses opérés qui avait présenté des accidents pulmonaires inquiétants, entre autres des hémoptysies plus ou moins abondantes, et dont l'état, depuis trois ans que l'opération a été pratiquée, s'est considérablement amélioré.

An point de vue du manuel opératoire, la résection radio-carpienne, à cause de la multiplicité des os et des articulations carpiennes, présente sinon de grandes difficultés, du moins exige des précautions particulières, demande beaucoup de temps, de la patience et des soins très minutieux.

La première chose à considérer par le chirurgien mis en demeure de pratiquer cette opération, est de voir s'il est possible d'appliquer les règles de la résection sous-périostée, de conserver la gaîne capsulo-périostée, en vue d'assurer la reproduction plus ou moins notable des os du carpe, ou du moins la conservation des éléments de résistance de l'articulation.

L'expérience a montré que l'application des principes de la méthode sous-périostée était parfaitement réalisable dans la résection radio-carpienne. Au point de vue opératoire, il n'y a

donc pas d'objection à cet égard; mais au point de vue des accidents consécutifs, on peut avoir à craindre de conserver l'intégrité de l'enveloppe périostéo-ligamenteuse, en vue de l'obligation de laisser la plaie ouverte pour modifier les fongosités articulaires susceptibles de se reproduire.

Il n'y a donc pas lieu de pratiquer, après cette opération, la réunion immédiate, en raison de cette nécessité de modifier ultérieurement les fongosités.

M. Ollier s'élève contre l'idée des résections dites économiques dans lesquelles on cherche à conserver le plus possible des os malades. Chez l'enfant, sans nul doute, le principe de la conservation doit être la règle; M. Ollier a même pour habitude de ne pas faire, chez l'enfant, de résection proprement dite, mais une simple abrasion dans laquelle il laisse le plus possible de tissu osseux. Chez l'adulte, au contraire, il faut enlever complètement le carpe et ne pas se contenter d'une simple abrasion. M. Ollier a toujours eu lieu de se repentir d'avoir voulu faire, chez l'adulte, la résection économique; il y a renoncé depuis longtemps et pratique toujours l'ablation complète des os malades. Là est le point important. La question de procédé est d'ailleurs secondaire; il faut choisir celui qui permet le mieux l'ablation complète de tous les os malades, tout en respectant les muscles et les tendons.

Deux incisions latérales et une incision médiane sur la région dorsale de la main, au niveau du diamètre bi-styloïdien, écartement de tous les tendons des muscles extenseurs et radiaux, et l'on entre en plein dans les articulations carpiennes. Il faut avoir soin de faire les incisions de décharge dès le début de l'opération si l'on ne veut pas se créer des difficultés et des complications. On commence par les os qui se laissent le plus facilement détacher et l'on enlève avec un soin minutieux toutes les parties malades.

L'opération terminée, on fait le pansement de Lister ou le pansement à l'iodoforme, en ayant soin de laisser une porte ouverte pour les cautérisations modificatrices que nécessiteront ultérieurement les fongosités. Les résultats immédiats sont généralement satisfaisants; dans les onze dernières opérations qu'il a pratiquées, M. Ollier n'a pas eu d'accidents graves à combattre, sauf une inflammation suppurative des gaînes tendineuses qui a exigé un drainage prolongé.

Le traitement consécutif demande des soins minutieux et patients. Il n'a pas fallu moins de cinq ou six mois avant d'arriver à obtenir des résultats orthopédiques et fonctionnels satisfaisants, dans les cas où avec les os du carpe il a fallu enlever une partie des métacarpiens. En suivant ce traitement avec un soin attentif et minutieux, en s'occupant surtout, dès les premiers jours, de combattre l'ankylose tendineuse par la mobilisation des doigts, des phalanges et des phalangettes, on arrive à obtenir des résultats orthopédiques et fonctionnels remarquables.

Les observations des malades opérés par M. Ollier ont été recueillies par un de ses élèves, le docteur Métra (de Genève), dans une thèse que M. Ollier dépose sur le bureau de la Société de chirurgie. Les résultats de ces opérations y sont consignés avec détails. On y trouve l'observation d'un enfant opéré en 1871, et qui, après son opération, pouvait lire et porter à bras tendu un poids de 11 kilogrammes.

On trouve dans ce travail les résultats obtenus au point de vue de l'organisation et du fonctionnement de la main ainsi reconstituée. La main se raccourcit par suite de la non-reproduction des os dans leur intégrité; il n'existe au niveau du poignet qu'une bande ostéo-fibreuse contenant seulement des noyaux osseux plus ou moins irréguliers. Dans certains cas, cependant, la reconstitution osseuse a pu s'effectuer en partie comme le démontrent les photographies que M. Ollier fait passer sous les yeux de ses collègues.

Certains opérés, malgré l'ablation de tous les os du carpe, d'une partie des extrémités supérieures des métacarpiens, d'une portion de l'extrémité inférieure du cubitus ou du radius, ont conservé une main solide et utile leur permettant de se livrer à l'exercice de professions manuelles diverses, de supporter, à bras tendu, des poids de 6 à 12 kilogrammes et même davantage.

Les mouvements qui se rétablissent le mieux sont ceux auxquels président les muscles qui ont été le plus ménagés; les mouvements d'extension sont les plus longs à revenir, sans doute par suite de l'atrophie plus considérable dans laquelle se trouvaient ces muscles au moment de l'opération, et surtout par suite de la section du ligament dorsal du carpe.

Du reste, dans ce rétablissement fonctionnel du membre, tout dépend à la fois de l'âge des opérés et de la proportion du tissu osseux enlevé.

Au point de vue orthopédique, l'expérience démontre que les résultats sont d'autant meilleurs et plus assurés que l'ablation a été plus complète.

En ce qui concerne la fréquence des récidives après l'opération, M. Ollier n'a rien observé qui distingue la résection du poignet des résections des autres surfaces articulaires; elles sont d'autant moins fréquentes que l'opération a enlevé le plus de tissu malade.

Quant à l'influence de l'opération sur l'état général des malades, chez les tuberculeux, par exemple, M. Ollier a constaté qu'une fois le poignet guéri et la cicatrisation devenue stable, les opérés ont été tout aussi bien mis à l'abri de la généralisation de la tuberculose, après la résection, que s'ils avaient subi l'amputation du membre. Les résultats qu'il a obtenus lui permettent d'affirmer qu'il a, dans plusieurs cas, notablement augmenté la somme de la vie de ses opérés, tout en leur laissant une main utile. (Applaudissements.)

M. Polaillon rappelle qu'il a présenté dernièrement à la Société de chirurgie une malade à laquelle il avait pratiqué la résection du poignet. Il déclare qu'il partage entièrement l'opinion exprimée par M. Ollier au sujet de cette opération. Chez sa malade, M. Polaillon a réséqué la totalité des os du carpe et des extrémités supérieures des métacarpiens, ainsi que l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.

Le résultat obtenu a été excellent, bien qu'il ne lui ait pas été possible de respecter aussi parfaitement que le recommande M. Ollier la gaîne périostéo-capsulaire. Son opérée a récupéré l'intégrité des mouvements fonctionnels de la main; elle peut coudre, tricoter, écrire et se livrer à tous les exercices manuels qu'exigent les besoins de la vie journalière. Contrairement au précepte donné par M. Ollier, M. Polaillon a pratiqué la réunion immédiate, et il s'en est bien trouvé.

Dans une opération du même genre qu'il a pratiquée sur un tuberculeux, le malade a succombé cinq ou six mois environ après l'opération, au progrès de la tuberculose; mais M. Polaillon est convaincu que l'opération n'a été pour rien dans l'issue fatale; il est convaincu, au contraire, qu'il a, grâce à elle, prolongé de quelques semaines ou peut-être de quelques mois la vie du malade.

— La séance est levée à cinq heures un quart. A. T.

COURRIER

Concours. — Par arrêté ministériel, en date du 30 mars 1883, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externe sera ouvert, le 5 novembre 1883, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Hôpitaux de Paris. — Le jeudi 29 mars, à deux heures de l'après-midi, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, la distribution solennelle des prix aux élèves pharmaciens des hôpitaux et la proclamation des nouveaux internes nommés à la suite des derniers concours.

Les 68 nouveaux internes entrent en fonctions le 1er août prochain.

La séance était présidée par M. Charles Quentin, directenr, assisté des hauts fonctionnaires de l'administration et des membres du corps médical.

Le directeur a d'abord félicité les anciens élèves du zèle et du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'année qui vient de s'écouler et témoigné aux nouveaux élus la satisfaction de l'administration pour l'empressement qu'ils avaient mis à se porter au concours de l'internat.

Un membre du jury a rendu compte du concours de l'internat et a proclamé les noms des lauréats.

Première division, internes de 3e et 4e années :

Prix (médaille d'or) : M. Patein (Gustave-Constant), interne de 4e année à l'Hôtel-Dieu.

Deuxième division, internes de 1re et 2e années :

Prix (médaille d'argent) : M. Grimbert (Léon-Louis), interne de 1re année à l'hôpital de la Pitié. — Accessit (livres) : M. Mazurier (Léonard), interne de 1re année à l'hôpital de la Charité.

Mentions honorables : 1o M. Meillère (Jean), interne de 2e année à l'hôpital Trousseau ; 2o M. Gallois (Eugène-Louis), interne de 2e année à l'hôpital de la Pitié.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très précises). — Séance du vendredi 13 avril 1883.

Ordre du jour. — M. Troisier : Présentation de pièces anatomiques relatives à un cas de pseudo-paralysie syphilitique chez un nouveau-né. — M. Debove : Contribution à l'étude du retrécissement de l'œsophage.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 10 avril. — M. Peter, élargissant le débat dont la fièvre typhoïde fut l'origine, avait détourné notre attention des matières intestinales; M. Bouley, acceptant le défi du clinicien, nous avait conduit au milieu de ces êtres infiniment petits, dont les mouvements subtils et la genèse incertaine n'ont pas éclairé jusqu'ici d'une très vive lumière la prophylaxie ou la thérapeutique de nos fléaux parisiens. Sur l'aile de leur éloquence, les deux orateurs nous avaient entraînés dans les rêves de la pathologie animée. Aujourd'hui, M. Fauvel nous a replongés dans les égouts, les fosses d'aisance et les dépotoirs.

Car l'hygiène a aussi sa dignité, et force nous est bien de regarder à nos pieds si nous voulons réaliser quelques réformes utiles.

M. Fauvel reprend à son point de vue et avec des arguments nouveaux les questions d'étiologie et de prophylaxie déjà traitées par quelques orateurs, et notamment par M. Rochard. Son discours, où nous est donnée la substance de deux rapports déjà communiqués à la quatrième sous-commission de l'assainissement de Paris, emprunte un grand intérêt à la compétence reconnue, à l'autorité incontestable du savant écrivain. Il n'y est pas question de microbes; leur présence ni leur absence ne sauraient modifier en rien les faits étudiés par M. Fauvel ou les conclusions qu'il en tire. Néanmoins, l'orateur apprécie dans son exorde l'incident qui a marqué les dernières séances. Il reproche à M. Peter « des attaques peu mesurées, des arguments suspects », mais rend hommage à son talent et à son patriotisme; il paie à M. Pasteur un large tribut d'admiration, mais sans vouloir tomber dans un aveugle fétichisme.

Nous retenons volontiers ce dernier mot d'indépendance, qui risque moins que les pompeux éloges de M. Bouley d'éloigner du nom de Pasteur la sympathie des hommes de science. En effet, quand on entend les phrases dithyrambiques de l'éminent professeur d'Alfort, quand on le voit à chaque page de ses discours traiter d'homme de génie cet habile expérimentateur, ce physiologiste convaincu et plein de sagacité, on se demande avec stupeur s'il s'agit d'une revendication indignée en faveur d'un de ces savants modestes qui n'ont jamais fait de bruit, jamais obtenu ni récompenses académiques, ni honneurs enviés, ni places lucratives, et qui meurent ignorés de leurs contemporains.

M. Fauvel a passé en revue les problèmes que soulèvent la contagion, l'immunité, les causes banales comme l'encombrement; il accorde à celles-ci un rôle dans la propagation du fléau, non dans la genèse de cette maladie spécifique, la *dothiénentérie* (mot barbare contre lequel proteste avec énergie un article du docteur Alyssett, dans l'UNION MÉD. du 10 avril). L'intervention de M. Fauvel clôt dignement la discussion qui dure depuis six mois à l'Académie de médecine.

A la fin de la séance, M. Peter a occupé la tribune pendant quelques minutes, pour établir qu'il n'est pas réfractaire aux idées de progrès, comme son adversaire lui en a fait le reproche, mais qu'il a seulement repoussé l'application hâtive de certaines méthodes vétérinaires à la médecine humaine, et l'introduction de procédés qui risquent, en visant le microbe, d'abattre le malade. Il évoque, en terminant, le souvenir de la fameuse discussion où Velpeau, seul contre « une insurrection d'histologistes », a défendu pied à pied la vieille chirurgie contre la cellule cancé-

reuse. « Aujourd'hui la cellule cancéreuse a vécu, et la vieille chirurgie est encore debout. »

A la rigueur, l'exemple choisi par M. Peter ne prouve rien contre le microbe. Et d'ailleurs, si la cellule cancéreuse a vécu, les cellules comme Velpeau les comprenait sont plus mortes encore. La vieille chirurgie est toujours debout, mais bien des idées nouvelles, bien des efforts couronnés de succès l'ont rajeunie et vivifiée.

Enfin, M. Hardy déclare épuisée la discussion sur la fièvre typhoïde, et propose de nommer une commission qui serait chargée d'extraire de ce long débat quelque résultat pratique. Elle examinerait les mesures d'hygiène et de prophylaxie dont il a été question dans plusieurs discours, et formulerait des conclusions qui seraient soumises à l'Académie, discutées, au besoin transmises à l'administration. Tout d'abord on hésite, mais entraînée par M. Rochard, l'Académie vote la proposition.

L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Service de M. SIREDEY.

Fièvre typhoïde et Grossesse,

Par M. MARTINET, interne du service.

Au mois de mai dernier, une femme, âgée de 28 ans, enceinte de six mois et demi, entrait à l'hôpital Lariboisière; elle présentait tous les signes d'une fièvre typhoïde au septième jour. M. Siredey, dans le service duquel la malade avait été placée, annonçait à ses élèves que, si cette femme, dont la fièvre paraissait devoir être grave, faisait, comme on pouvait s'y attendre, un avortement dans le cours de son affection, la marche de cette dernière n'en serait nullement aggravée, et que l'on ne verrait probablement survenir aucune complication du fait de l'état puerpéral.

Les choses se passèrent ainsi que l'avait annoncé notre excellent maître : la malade fit une fausse couche au vingtième jour et, trois semaines après, sortait de l'hôpital complètement guérie.

Vivement intéressé par ce que nous venions de voir, nous résolûmes, sur les conseils de notre bien cher maître et guidé par son expérience, d'étudier ce sujet d'une façon particulière, attendant que de nouveaux faits viennent s'ajouter à celui qu'il nous avait été donné d'observer. Les circonstances nous servirent malheureusement à souhait. Dès le mois d'août, en effet, une épidémie terrible de fièvre typhoïde s'abattait sur Paris et faisait affluer dans les hôpitaux, et à Lariboisière notamment, un nombre considérable de malades.

C'est ainsi que nous avons pu rassembler 16 cas de fièvre typhoïde survenue chez des femmes enceintes, ou dans le cours de l'état puerpéral; on trouvera plus loin leur histoire.

La question n'est certe pas nouvelle; elle a été traitée déjà un certain nombre de fois, mais nous avons trouvé dans les auteurs qui s'en sont occupés des opinions si contradictoires, que nous avons pensé qu'il y aurait quelque utilité à apporter notre faible contingent de matériaux.

Outre les traités généraux ou spéciaux de pathologie, Grisolle, Murchison, Griesinger et ceux qui concernent l'art des accouchements, tels que Cazeaux, Playfair, etc., on trouve dans la littérature médicale quelques travaux originaux sur ce côté particulier de l'histoire de la dothiénentérie. Bourgeois, dans un travail relatif aux diverses causes de l'avortement, travail lu à l'Académie de médecine, a consacré un assez long paragraphe à la fièvre typhoïde, Garimond publiait en 1866, quelques notes sur ce sujet dans les *Annales de Montpellier*. Citons encore la thèse de Duguyot (1879) et un mémoire de Gusserow, dont on trouvera l'analyse dans les *Archives générales de médecine* (1880). Enfin, au commencement de l'année 1882, Baratte soutenait sa thèse sur la fièvre typhoïde dans la grossesse.

Qnant aux opinions émises par les auteurs précédents, il n'en sera pas question pour le moment; nous nous réservons de les discuter à propos des différents problèmes que peut soulever ce point de pathologie, soit qu'il s'agisse de la fréquence de l'avortement dans la fièvre typhoïde, de ses causes, des conditions au milieu desquelles il se produit, ou de son influence sur la marche de la maladie générale et réciproquement. Ce sont là autant de chapitres distincts, à propos desquels nous nous proposons de comparer les faits dont nous avons été témoin avec ceux recueillis par nos devanciers. Aussi croyons-nous qu'il convient tout d'abord de tracer l'histoire de nos malades.

Obs. I. — Roth..., 28 ans, entre le 22 mai à Lariboisière, salle Sainte-Geneviève. Depuis huit jours, malaise, fièvre, céphalalgie et quelques épistaxis. Le ventre est ballonné, douleurs dans la fosse iliaque, taches rosées; langue sale, rouge à la pointe.

Râles sibilants dans les deux poumons.

Dernières règles à la fin de janvier; utérus volumineux, signes non douteux de grossesse pas d'épistaxis utérine.

23. T. 39°4. Soir, 40.

24. Délire sans agitation. M. 40°. S. 40°3.

25. État semi-comateux. Éruption presque confluente de papules rosées. M. 40°. S. 40°3.— Injection sous-cutanée d'ergotine.

26. M. 38°6. S. 38°5. — Injection d'ergotine.

27. Râles fins dans les deux poumons. M. 39°. S. 39°4.

28. M. 39°2. S. 39°4.

29. Respiration soufflante. Toux quinteuse. M. 38°8. S. 38°8.

30. M. 37°8. S. 38°2.

1er juin. Amélioration; plus de délire, plus de fièvre. 37°2; 37°8. — On cesse l'ergotine.

2. Le mieux se maintient: 37°; 37°8.

3. Plus de râles ni ne toux: 37°2; 37.

4. Le soir, quelques douleurs abdominales et, vers 11 heures, expulsion d'un fœtus mort. Pas d'hémorrhagie consécutive. M. 37°. S. 37°6.

5. Utérus ferme, non douloureux, dépasse le pubis de quelques travers de doigts. M. 36°8. S. 37°4.

6. M. 38°. S. 38°5. Pas de frissons, ni douleurs de ventre.

A partir de ce jour la malade entre en pleine convalescence et sort guérie le 20 juin.

Obs. II. — N... (Marie), 24 ans, n° 27, salle Sainte-Geneviève.

Entrée le 2 octobre. Malade depuis dix jours. Céphalalgie, inappétence, fièvre et diarrhée. Ballonnement du ventre et douleur dans la fosse iliaque; taches rosées nombreuses. Elle est enceinte de quatre mois; suppression des règles, léger gonflement des seins; l'utérus déborde le pubis; pas d'épistaxis utérine. La température atteint 40°1 le soir de son entrée; le 4 octobre elle est à 40°8, puis les jours suivants oscille entre 39 et 40°.

Dès le dix-septième jour, défervescence, la plupart des symptômes s'amendent; le soir, ascension brusque à 40°, sans cause appréciable. Dès le lendemain, abaissement graduel de la température; la maladie marche vers la guérison, la température est normale.

Le vingt-quatrième jour, la malade se lève pour la première fois; presque aussitôt, elle est prise de douleurs abdominales, puis elle perd un peu de sang et, deux heures après, elle expulse un fœtus mort; l'hémorrhagie *post-partum* est insignifiante.

Le soir, léger suintement séro-sanguinolent; ventre à peine douloureux, pas de fièvre; les jours suivants, la température oscille autour de 37°; le pouls est normal. Pas de frissons ni de coliques; la malade sort complètement guérie le 27.

Traitement: Purgatifs, toniques et ablutions; ni ergotine, ni sulfate de quinine.

Obs. III. — X..., 23 ans, entre à Lariboisière le 6 novembre; elle se plaint depuis cinq ou six jours de malaise, courbature, inappétence et céphalalgie; elle tousse un peu. La peau est sèche. S. 39°4; douleur dans la fosse iliaque. Quelques râles disséminés à droite. Dernières règles le 24 août; elle était très régulièrement réglée; rien du côté des seins, ni vomissements le matin. Elle a déjà eu un enfant à terme il y a trois ans et fait une fausse couche l'année dernière (pas de syphilis).

Le 9. Taches rosées, diarrhée; ventre un peu douloureux. M. 37°3. S. 37°4.

Le 10. La température du soir arrive à 39° et à partir de ce moment elle augmente de deux dixièmes de degré tous les soirs pour atteindre 40° le 14. Les rémissions matinales ont toujours été d'au moins un degré.

Il y a eu ces jours passés quelques douleurs de ventre passagères.

Le 14. Épistaxis et métrorrhagie peu abondante.

Le 15. 37°2. — 39°8. Dans la nuit, elle est prise de douleurs de ventre, perd un peu de sang et expulse un fœtus de deux mois à peine (seizième jour de la maladie).

Le 16. M. 37°. — S. 38°4. Pas de ballonnement ni de douleurs abdominales. État général très bon.

Le 17. M. 37. — S. 37°8.

Les jours suivants, pas de fièvre ni de douleurs; l'appétit revient, la convalescence suit son cours et la malade part pour le Vésinet le 7 décembre. Elle n'a jamais pris ni quinine, ni ergotine.

Obs. IV. — D..., 28 ans. Entrée le 19 octobre, salle Sainte-Anne. A déjà eu deux enfants à terme. Dernières règles le 9 février; par conséquent grossesse à la fin du huitième mois. Les quinze jours qui ont précédé l'entrée à l'hôpital, elle a dû garder le lit, avec de la fièvre, de la céphalalgie, de la diarrhée et de la toux. Elle accouche le 20 octobre d'un enfant vivant. Pendant huit jours encore elle a un peu de fièvre.

La convalescence est rapide. L'enfant, quoique chétif, n'a rien présenté de pathologique. La lactation s'est établie normalement et a pu continuer, mais peu abondante.

Obs. V (due à l'obligeance de notre excellent collègue et ami Bourcy). — X..., âgée de 20 ans, entre à Sainte-Mathilde, au sixième jour d'une fièvre typhoïde; elle est enceinte de six mois et demi, à peu près : primipare. Pas d'épistaxis utérine. La maladie a été grave, avec tendance à ia forme ataxo-adynamique : la température est restée à un chiffre élevé pendant assez longtemps. A un moment donné, il y eut une sorte de poussée du côté des seins : ils devinrent durs, douloureux, on crut même un instant qu'ils allaient suppurer. La défervescence eut lieu le vingt-quatrième jour. Vers le sixième jour de la convalescence, la malade fut prise, sans cause appréciable, de douleurs de ventre, peu intenses, avec légère perte sanguine. Le lendemain matin, à la visite, le col commençait sa dilatation; elle était, à ce moment, grande comme une pièce de un franc : à une heure de l'après-midi, l'avortement eut lieu : le fœtus vécut pendant quelques minutes. Il n'y eut aucune menace de rechute et les suites de couches furent très régulières.

Obs. VI (communiquée par notre excellent collègue et ami Guinard). — Marie A..., 22 ans, entre à la salle Sainte-Marie le 15 novembre, au dixième jour d'une fièvre typhoïde, nettement caractérisée; elle est enceinte de six mois et demi; c'est sa première grossesse; le treizième jour, elle fait un avortement : fœtus mort; la fièvre n'est nullement modifiée; la température continue à osciller autour de 39° et la défervescence arrive le vingt-deuxième jour : la maladie arrive à sa complète guérison, sans avoir présenté aucune complication.

Chez trois autres femmes de la salle Sainte-Marie, enceintes et atteintes de fièvre typhoïde, les choses se seraient passées de la même façon; avortement, sans aggravation de la maladie et convalescence peu de temps après.

L'observation suivante est un exemple remarquable d'accouchement à terme, au début d'une fièvre typhoïde et du peu d'influence que cet acte physiologique a eu sur la marche de la pyrexie.

Obs. VII. — D..., 17 ans, rentre à la salle Sainte-Anne, le 7 septembre, pour faire ses couches; elle est à terme (primipare). Elle accouche dans la nuit d'un enfant vivant. Rien de particulier pendant le travail, ni après la délivrance : les jours suivants, elle a le ventre douloureux avec fièvre assez vive le soir, mais sans frisson violent.

Le 14 octobre, le septième jour après sa délivrance, on remarque sur le ventre des taches rosées en assez grand nombre; il y a de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite : l'utérus est peu sensible à la pression, son travail d'involution s'effectue naturellement; la langue est rouge à la pointe et tremblotante; tuméfaction de la rate et quelques sibilances dans les deux poumons.

La malade nous apprend alors que trois jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait été prise de frissons, courbature, mal de tête : ces accidents avaient persisté jusqu'au jour de son accouchement.

Le 14, soir, elle a 40°.

Le 15, M. 39°6, S. 40. Les jours suivants, la température oscille entre 39° et 40° le soir avec rémission matinale de un degré.

La fièvre suit son cours, sans qu'il survienne ni frissions, ni ballonnement; quelques vomissements le 22 et le 23 sans douleurs de ventre; les seins sont tendus et douloureux. (L'enfant a été confié à une nourrice).

A partir du 24 (vingtième jour de la maladie), plus de fièvre. Sort guérie le 14 novembre.

Voici, maintenant, le résumé des observations où l'avortement n'a pas eu lieu.

Obs. VIII. — Chauveau, 32 ans, Sainte-Geneviève, n° 31. Enceinte de 7 mois et demi. Fièvre grave, la température monte jusqu'à 40°8, 40°6 et 41; pendant cinq jours ensuite, elle oscille autour de 40°; il se produit le treizième et le quatorzième jour deux hémorrhagies intestinales abondantes. Enfin, elle a pris, dix jours de suite, 1 gramme de sulfate de quinine, et on lui a fait deux injections sous-cutanées d'ergotine. Néanmoins, elle mène sa grossesse à terme et accouche, le 8 décembre, d'un enfant vivant. Elle était complètement guérie de sa fièvre typhoïde depuis le 15 novembre.

Obs. IX. — Kintz (Marie), 19 ans; Sainte-Geneviève, n° 9. Fièvre grave et longue. Grossesse de 6 mois et demi. Sortie guérie, sans avortement.

A Sainte-Mathilde, chez deux malades enceintes, la fièvre typhoïde n'a présenté aucun caractère de gravité, et a pu évoluer vers la guérison, sans produire de fausse couche. Chez l'une d'elles, il y a eu des menaces d'avortement, conjurées par des lavements laudanisés,

A Sainte-Claire, deux fièvres typhoïdes légères, avec grossesse au quatrième et au cinquième mois, ont pu guérir et la grossesse a continué son cours.

A suivre.

BIBLIOTHÈQUE

Le zona, par le docteur Paul Fabre (de Commentry). Paris, 1882. O. Doin.

Mémoire couronné par la Société de médecine d'Anvers; tel est le sous-titre de cet ouvage. A coup sûr, le mot modeste de Mémoire n'est pas l'expression de la réalité, car ce travail important comprend plus de deux cent cinquante pages in-octavo, et un nombre considérables d'observations dont quarante et une sont personnelles à l'auteur. Cette abondance de matériaux cliniques et les multiples recherches bibliographiques de M. Fabre donnent à ces pages une place à part dans l'histoire du zona. C'est donc plus qu'un simple mémoire, c'est un livre, un véritable volume, digne de figurer dans le rayon d'honneur de nos bibliothèques.

Le siège de la lésion cutanée sur le trajet d'un nerf ou d'un plexus nerveux imprime à cette maladie son signalement clinique : telle est la conclusion de M. Fabre qui n'hésite pas à distinguer le zona de l'herpès, Trois formes le caractérisent : 1° la forme aigue fébrile, à allures de fièvre exanthematique; 2° la forme apyrétique, plus fréquente et dont l'éruption est nettement localisée sur le trajet d'un nerf; 3° la forme chronique, très rare, et ayant pour types le zona récidivant et le zona à rechutes. Si, par leur marche, ces formes répondent à l'observation clinique, il faut avouer que leur pathogénie est loin d'être aussi nettement connue. L'auteur discute les théories nerveuses du zona, mais réserve ses conclusions et, pour l'instant préfère adopter la division en zona primitif (froid, émotion, troubles digestifs) et zona symptomatique d'origine nerveuse, soit centrale (hémorrhagie cérébrale, affections de la moelle), soit périphérique (traumatisme). Envisageant la question au point de vue pratique, notre confrère distingué de Commentry s'est étendu longuement, avec raison, sur le diagnostic et la thérapeutique de cette maladie. Ce livre a donc un caractère pratique qui lui méritera auprès des médecins un succès aussi grand que devant la Société médicale d'Anvers.

Ch. Eloy.

JOURNAL DES JOURNAUX

Journaux italiens.

Suite. — (Voir le numéro du 10 avril.)

— Dix-sept médecins ont été élus députés aux dernières élections générales italiennes. Ce sont MM. Bacelli, actuellement le grand-maître de l'Université; Basetti, Bertani, Borelli, Cardorelli, Cocconi, De Crecchio, Durante, Fazio, Falleroni, Giudici, Panizza, Semmola, Sperino, Strobel, Tommasi-Crudeli et Umana. L' « Irredentisme » est fort exposé à n'en pas revenir.

— *Cure radicale d'une hernie crurale*, par le procédé de M. le professeur G. del Greco, de Florence; communication du docteur Angiolo Cianciosi, in ; *L'Imparziale*, n° 21,

La méthode de M. le professeur del Greco, que celui-ci n'a du reste appliquée qu'à des animaux en expérience, a permis à M. le docteur Cianciosi d'obtenir un succès sur une femme âgée de 28 ans, atteinte d'une volumineuse hernie crurale du côté gauche qui ne pouvait être maintenue par aucun appareil

Voici comment procéda le chirurgien. La hernie étant réduite, il fit un pli à la peau de la région et pratiqua une incision longitudinale de 8 centimètres, qui mit à découvert la région crurale gauche. Le sac herniaire s'y trouvait vide; avec l'index de la main gauche, il le repoussa dans la cavité abdominale et avec la main droite munie d'une aiguille courbe armée d'un fil de catgut, il plaça un point en haut, de l'extérieur à l'intérieur, dans la lèvre externe de l'ouverture herniaire recouverte du sac et des tissus aponévrotiques, à 1 centimètre environ de son bord; ensuite, avec la même aiguille, la lèvre interne fut traversée, de l'intérieur à l'extérieur. Plusieurs points furent mis de la même façon. La plaie cutanée fut ensuite cousue également, avec des fils de catgut, par une suture en surget; l'angle inférieur de la plaie fut seul laissé entr'ouvert pour l'écoulement des liquides. Le tout fut recouvert par un Lister. Quinze jours après, l'opérée quittait l'hôpital, parfaitement guérie et, depuis plus d'un an, la hernie ne s'est pas reproduite.

— M. le professeur C. Giacomini, professeur d'anatomie à l'Université de Turin, s'est appliqué à démontrer que le plus grand nombre des particularités des circonvolutions cérébrales, considérées comme caractéristiques de certaines dispositions mentales, ne sont rien autre chose que de simples variétés individuelles. 168 cerveaux d'individus bien connus de leur vivant, et bien étudiés au point de vue mental, ont fourni les éléments de ce travail intéressant, in : *L'Imparziale*, n° 22.

— D'après le dernier travail de statistique publié à Rome en 1882, la hauteur moyenne des conscrits du royaume italien est de 1 mètre 620 millimètres.

Les provinces vénitiennes donnent la hauteur maxima..	1 m. 650
L'Emilie	1 m. 635
La Ligurie..................................	1 m. 633
La Lombardie..................................	1 m. 632
Le Piémont..................................	1 m. 624
La province de Rome	1 m. 621
Les Marches et l'Ombrie	1 m. 620
La Sicile	1 m. 607
Naples et ses confins..........................	1 m. 601
Enfin la Sardaigne..........................	1 m. 585

— *Il noma e la sua pathogenesi*, par le docteur J.-B. Batta Segale, premier chirurgien à l'hôpital des Paminatone, rédacteur en chef de la *Rivista*, etc. — Par noma, on entend la gangrène de la bouche si fréquente parfois chez les enfants en bas âge. Jusqu'à ce jour, la plupart des médecins croyaient pouvoir imputer cette affection aux mauvaises conditions hygiéniques des sujets, à une sorte de prédisposition acquise par la misère ou des maladies antérieures; pour le docteur Batta Segale il n'en est pas ainsi, la cause serait toute extérieure et appartiendrait, elle aussi, aux micro-organismes inférieurs. Pour prouver son dire, notre confrère a fait l'examen microscopique des détritus pris dans la partie de la bouche envahie par le noma chez un de ses petits malades; il y trouva une quantité de micrococchi et de bacilli doués de mouvements oscillatoires très vifs. Ces germes furent cultivés et se multiplièrent en quantité considérable. L'examen du sang pris à la pulpe d'un doigt montra nettement l'altération de forme des globules rouges et l'irrégularité de leur amoncellement; dans le plasma existait quantité de bâtonnets mobiles et des corpuscules vésiculeux de couleur bleu azuré doués de mouvements.

Quelques gouttes de sang pris également au doigt furent injectées dans la jugulaire externe d'un cobaye mâle; on ne tarda pas à constater sur les globules rouges et le plasma de l'animal les mêmes altérations que chez le malade; néanmoins, après avoir été très affaissé, le cobaye finit par vaincre cette intoxication.

Une femelle de la même espèce reçut sous la muqueuse la lèvre inférieure le contenu d'une seringue de Pravaz du liquide de culture; le lendemain, la gangrène apparaissait au point de l'inoculation. L'examen des détritus de la partie atteinte montre de nombreux cocchi et vibrions et quelques baccilli, tous doués ce vifs mouvements oscillatoires. Le sang, par contre, ne renferme rien d'anormal tout d'abord; mais, huit jours après, il est infesté de bâtonnets. Maigré ce redoutable empoisonnement l'animal guérit.

Il serait nécessaire avant de conclure, non seulement de multiplier les expériences, mais encore de prouver que seuls les micro-organismes peuvent engendrer le noma. En leur don-

nant le rôle prépondérant dans l'évolution de la maladie, leur rôle est déjà considérable; il leur est indispensable cependant de trouver un terrain bien préparé pour que leur action nocive se décèle.

Clinique médicale de Modène, professeur E. Galvagni. — Sur le siège du battement du cœur. Etude séméiotique par MM. les étudiants Marianini Vittorio et Namias Marcello, revue par le professeur. (In *La Rivista clinica*, 1882.)

150 individus dans des conditions très diverses de santé, de sexe, de profession et d'âge ont été examinés soigneusement au point de vue du battement cardiaque. La distance en centimètres de la ligne médiane à l'endroit ou le choc du cœur est perçu a été noté avec la plus grande attention. Voici le résumé de ce travail :

En premier lieu, on peut conclure que le battement du cœur occupe 67 fois sur 100 individus le quatrième espace intercostal et 33 fois le cinquième.

En deuxième lieu, la différence en faveur du quatrième espace est plus grande dans le sexe féminin que dans le sexe masculin (86 p. 100 pour la quatrième, et seulement 14 p. 100 pour le cinquième); tandis que chez l'homme il ne s'y rencontre que 62 fois p. 100 dans le quatrième espace et 38 p. 100 dans le cinquième. Ce battement a été constaté une seule fois dans le troisième espace sur un enfant de 4 ans.

En troisième lieu, le choc cardiaque tend à s'abaisser au fur et à mesure que l'on avance dans la vie.

En quatrième lieu, la position debout tend aussi à faire descendre le battement du cœur, la différence peut être d'un espace intercostal, et tel cœur battant dans le cinquième espace, le sujet étant debout, ne bat plus que dans le quatrième dans la position horizontale.

En cinquième lieu, toutes les maladies de l'appareil respiratoire, tant chroniques qu'aiguës, qui mettent obstacle à la petite circulation, abaissent le battement du cœur.

La moyenne de la distance où le choc a été perçu, la ligne médiane a été de 0 m. 064 millimètres pour le quatrième espace, et de 0 m. 084 millimètres pour le cinquième.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Layet (de Bordeaux) qui se porte comme candidat au titre de membre correspondant.

2° Une note de M. le docteur Clémenceau (de la Loquerie), intitulée : *Étude démographique sur la mortalité de Fontenai-Lecomte pour l'année* 1882.

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Apostoli, sur un nouveau traitement des fibromes de l'utérus.

4° Une note de M. le docteur Kanellis (d'Athènes) sur la production du choc précordial.

5° Une étude de M. le docteur Eude, médecin-major, sur l'état sanitaire dans un casernement à pavillons isolés. Présenté en séance par M. Léon Colin (du Val-de-Grâce).

—

M. Colin (du Val-de-Grâce) présente, au nom de M. le docteur Weill (Jacob), médecin-major de 1re classe, un opuscule intitulé : *Eléments d'hygiène à l'usage des écoles primaires.* (Destiné pour le concours du prix Vernois.)

M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur Tybaldos (d'Athènes), une brochure intitulée : *Mémoire sur la méningite cérébro-spinale.*

M. Ernest Besnier présente : 1° au nom de M. le docteur Paul Fabre (de Commentry) une brochure intitulée : *Le zona*; — 2° au nom de M. le docteur Teissier (de Lyon), un rapport sur les maladies régnantes de la ville de Lyon pendant l'année 1882 ; — 3° En son propre nom, un travail sur l'*empoisonnement par l'acide pyrogallique employé en frictions dans le traitement du psoriasis*. (Extraits des *Annales de dermatologie et de syphilographie.*)

—

M. Polaillon lit un rapport sur un travail de M. le docteur Silvestrini, intitulé : *Trepanation pour des accidents tardifs à la suite d'une fracture du crâne; localisations cérébrales.*

Le docteur Giuseppe Silvestrini, professeur de clinique médicale à la Faculté de Sassari et recteur de l'Université de la même ville, a adressé à l'Académie, à l'appui de sa candidature

au titre de membre correspondant étranger, un travail sur une trépanation faite pour remédier à des accidents tardifs produits par une fracture du crâne.

Garçon de 15 ans; fracture du crâne faite par un coup de pied de cheval, dans la région fronto-temporale gauche. Perte de connaissance pendant deux heures; après le retour de l'intelligence, le blessé reste *comme étonné,* avec une céphalalgie frontale gauche continuelle et une tendance invincible au sommeil. Il reprend ses travaux des champs.

Au bout de deux mois il est tout à coup frappé d'hémiplégie droite, avec accès convulsifs des membres de ce côté, accès se produisant trois ou quatre fois par jour. Cet état dura quinze jours, puis s'améliora progressivement et le malade recouvra complètement ses forces et l'usage de ses membres.

Au bout de cinq mois, sept mois et demi après la fracture, la céphalalgie s'aggrava et l'on vit reparaître les accès convulsifs, limités à la moitié droite du corps; ils allèrent en augmentant de fréquence, jusqu'à se renouveler dix et quatorze fois par heure. A ce moment se manifesta une paralysie des mouvements du membre supérieur et du membre inférieur droits et une paralysie absolue des muscles de la région faciale inférieure droite, les mouvements des régions faciales supérieures des deux côtés étant conservés. La sensibilité dans les régions paralysées était entière.

L'émission des urines et des matières fécales se faisait volontairement. Les accès convulsifs affectaient la forme hémiépileptique droite et duraient plusieurs minutes. L'intelligence paraissait abolie pendant les accès les plus intenses, mais elle était intacte dans leur intervalle. Aphasie complète; le malade comprenait la valeur de chaque mot, mais il ne pouvait les prononcer ni exprimer sa pensée par la parole.

M. Silvestrini admit une pachyméningite à marche lente, donnant naissance à des hémorrhagies cérébrales successives, et, comme conséquence, un hématome comprimant la zone motrice corticale gauche du cerveau; d'où indication du trépan.

La trépanation fut très habilement pratiquée et suivie d'une amélioration notable pendant les trois premiers jours; un caillot fut extrait au fond de la plaie; mais le quatrième jour, une méningite suppurative aiguë emporta l'opéré en quarante-huit heures.

A l'autopsie on constata l'existence de deux abcès de la substance cérébrale, l'un au pied de la circonvolution frontale ascendante, l'autre au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando.

M. le rapporteur conclut de là qu'il était indiqué d'appliquer une seconde couronne de trépan sur la région du crâne qui correspond à la partie inférieure du sillon de Rolando. On aurait ainsi complété l'opération sans la rendre beaucoup plus grave; on aurait même dû ponctionner le cerveau. L'un des abcès trouvé à l'autopsie aurait très certainement été ouvert, et le contenu de l'autre abcès aurait pu s'évacuer spontanément par l'ouverture du trépan.

L'observation de M. Silvestrini vient à l'appui de la doctrine des localisations cérébrales. Le centre moteur du membre supérieur et du membre inférieur, que l'on place à la partie supérieure du sillon de Rolando, était en effet comprimé et irrité par un caillot, d'où la paralysie de ces membres et leurs convulsions épileptiques. Le centre moteur du langage articulé était le siège d'un abcès, d'où l'aphasie. Quant au centre nerveux des muscles de la moitié inférieure de la face, qui est encore mal déterminé, le fait de M. Silvestrini confirme l'opinion de MM. Charcot et Pitres qui le placent en arrière du centre de la parole, au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, dans le point où le médecin de Sassari a précisément trouvé un abcès.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde. La parole est à M. Fauvel.

Après un préambule dans lequel l'orateur proteste de son respect et de son admiration pour M. Pasteur et ses travaux, et soutient qu'au lieu de combattre les nouvelles doctrines microbiennes, il faut laisser à M. Pasteur lui-même le soin de corriger ce qu'il pourrait y avoir d'exagéré dans les inductions tirées de ses expériences, M. Fauvel aborde la question de l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Il résume lui-même son travail dans es conclusions suivantes :

« La dothiénentérie, ou fièvre typhoïde, se présente en France dans deux conditions différentes : 1° à l'état endémique ou permanent dans les grands centres populeux; 2° à l'état épidémique, observé surtout dans les petites localités.

L'état endémique, à Paris, est caractérisé principalement par l'immunité générale et non absolue dont jouit la population native par rapport à la dothiénentérie, soit par le fait d'une attaque subie, soit par une sorte d'accoutumance contractée dès l'enfance. Les étrangers, au contraire, ne jouissent pas du même privilège lorsqu'ils ne sont pas dans les condi-

tions qui donnent l'immunité ; telles sont principalement certaines catégories d'ouvriers et de soldats.

L'état endémique présente, quant au nombre des attaques, des oscillations saisonnières plus ou moins tranchées; depuis plusieurs années, le nombre des cas de fièvre typhoïde a été croissant à Paris et, l'année dernière, il a atteint un chiffre élevé; mais ce nombre semble proportionné à celui de la population flottante, susceptible de contracter la maladie.

L'immunité relative dont jouissent les Parisiens s'oppose à ce que la dothiénentérie atteigne à Paris les proportions d'une grande épidémie. L'encombrement, la misère, toutes les sources d'insalubrité, les eaux malsaines, les égoûts, les latrines, les fosses d'aisances, les dépotoirs n'engendrent pas le principe spécifique de la fièvre typhoïde, pas plus qu'elles ne font naître le germe de la variole; mais il est certain que l'encombrement et toutes les causes d'insalubrité réunies dans les habitations ont une part puissante au développement, à la propagation et à la gravité de la maladie.

Les égouts, les fosses fixes, les dépotoirs, malgré les inconvénients graves qu'ils présentent, n'ont pas pour effet de propager directement la dothiénentérie, par la raison que tous les germes spécifiques des maladies humaines y sont détruits par le méphitisme. Ce méphitisme est très dangereux à un autre point de vue, mais c'est à son action sur les germes contagieux que les vidangeurs et les égoutiers doivent d'échapper aux diverses maladies qui peuvent avoir pour réceptacle les matières fécales.

Les germes contagieux ne sont pas détruits seulement par le méphitisme fécal, mais encore par l'action oxydante de l'air qui a le double avantage de détourner les germes contagieux et en même temps de neutraliser le méphitisme, de sorte que, dans la question si difficile de l'assainissement des égouts de Paris, les deux indications principales à remplir sont de l'eau en abondance, pour empêcher la stagnation des matières, et une aération constante pour les assainir.

Dans les petites localités où apparaît la dothiénentérie sous forme épidémique, on remonte presque toujours au fait d'importation et l'épidémie se développe plus ou moins selon les circonstances locales qui en favorisent le développement. C'est alors que les eaux chargées du principe infectieux jouent un grand rôle; encore ici les causes d'insalubrité n'ont pas fait naître le germe de la maladie, mais elles ont contribué à le provoquer. L'épidémie s'éteint sans laisser de trace et sans que l'insalubrité dans le village ait disparu. »

M. Fauvel termine en signalant l'analogie frappante qui existe entre la manière dont se comporte la dothiénentérie en France et l'allure qu'affectent les maladies pestilentielles épizootiques (choléra, fièvre jaune, peste). Mêmes foyers endémiques où les natifs sont épargnés et où les étrangers puisent le germe de la maladie; mêmes épidémies plus ou moins lointaines, importées des foyers endémiques dans des pays exempts de la maladie. Cette analogie ne donne-t-elle pas à penser que la dothiénentérie se rattache à une loi commune qui régit ces grandes manifestations pestilentielles ? (Applaudissements.)

M. Peter : On s'abuse étrangement si l'on s'imagine que mon esprit est réfractaire et fermé aux idées de progrès; il ne l'est qu'aux idées erronées et dangereuses !

On s'abuse étrangement si l'on s'imagine qu'en provoquant cette discussion sur la microbiatrie, je n'y ai vu que l'occasion d'une sorte de tournoi scientifique où chacun viendrait à son tour soutenir avec plus ou moins d'éclat une thèse adverse. Non ! ce que j'ai voulu, c'est combattre un péril actuel, social, l'application hâtive, téméraire, à la médecine humaine, d'expériences de médecine vétérinaire, qui n'ont encore reçu ni du temps ni de l'observation une consécration suffisante.

En théorie, la partie la plus séduisante des doctrines pastoriennes est dans l'atténuation des virus et dans l'inoculation des virus atténués.

En fait, la séduction ne saurait persister, car

1° Il y a des accidents incontestables par le fait des inoculations pastoriennes, soit que le virus atténué ne le fût pas assez, soit que le support vivant qui devait le recevoir fût hors d'état de lui résister;

2° L'immunité créée par les inoculations pastoriennes est de très courte durée, d'une année environ ; ce qui nécessite des inoculations et des réinoculations indéfinies;

3° Deux étés sans chaleur ont apporté leur coefficient de bienfait aux bienfaits possibles des inoculations pastoriennes.

Mais ce sont-là des questions de médecine vétérinaire et d'agronomie où je pourrais décliner ma compétence; tandis que je ne le peux alors qu'il s'agit de médecine humaine, alors qu'il s'agit de *prophylaxie* et de *thérapeutique*.

Assurément, il se passera un long temps avant qu'un Saint-Arnaud de l'avenir inocule le virus atténué possible du choléra indien à une armée en marche ! — Assurément, il s'écou-

lera un long temps avant qu'un Rochard de l'avenir inocule le virus atténué possible de la fièvre jaune à ses médecins de la marine partant pour le Sénégal !

Ce sont là de vaines hypothèses, dignes de cette école où l'on prend ses affirmations pour des preuves, ses hypothèses pour des faits et ses espérances pour des réalités.

Mais ce qui n'est pas une hypothèse, ce qui est un fait actuel, social, c'est l'introduction dans la thérapeutique de l'homme des médications *microbicides*, au risque d'accidents auxquels faisait allusion l'un des orateurs de cette assemblée, et non l'un des moindres, le professeur Jaccoud, lorsqu'il disait : « On vise le microbe et c'est le patient qu'on abat » ; et dont j'ai dit moi-même : « La médication parasiticide peut devenir la médication homicide ». — En effet, on veut déloger l'ennemi de sa forteresse, et c'est la forteresse qu'on fait sauter !

Ne pas voir ce péril serait fermer les yeux à l'évidence,

Ne pas le combattre serait forfaire à son devoir, — je n'y faillirai pas !

Maintenant, Messieurs, deux mots de souvenirs personnels : il y a plus d'un quart de siècle, j'étais là, sur ce banc des journalistes, juste derrière ce fauteuil où plus tard je devais m'asseoir ; et là, silencieusement ému, j'écoutais un homme, un savant, qui venait seul, à cette tribune, combattre une véritable insurrection de jeunes chirurgiens résolus, au nom de la « cellule cancéreuse », à ébranler l'édifice de la vieille chirurgie ; et je me disais : « il faut que les convictions de cet homme soient bien profondes, pour qu'il ose ainsi remonter le courant de la popularité et s'exposer à être accusé d'avoir l'esprit réfractaire et fermé au progrès ! »

Eh bien, Velpeau avait raison ! (car c'est de Velpeau qu'il s'agit). La vieille chirurgie vit toujours, et la cellule cancéreuse a vécu !

A vingt-huit ans de distance, je viens comme Velpeau, seul, à cette tribune, défendre la médecine humaine contre l'invasion des incompétents, je viens surtout défendre non plus l'anatomie pathologique ou le pronostic, mais cette partie sociale de la médecine humaine, la thérapeutique, contre des innovations absolument périlleuses.

Et j'espère qu'ayant eu le même courage, j'aurai le même bonheur, celui de voir un jour triompher ce que je crois être la vérité scientifique.

M. le Président pense qu'après la discussion si longue et si importante qui vient de se terminer, l'Académie voudra formuler quelques conclusions qui serait présentées à l'autorité compétente. Il propose donc à l'Académie de nommer une commission chargée de rédiger ces conclusions qui seraient soumises à son approbation avant d'être présentées à l'autorité.

La proposition de M. le Président est mise aux voix ; l'épreuve à main levée est déclarée douteuse, l'Académie s'étant partagée en deux fractions à peu près égales pour et contre cette proposition.

M. J. Rochard demande à l'Académie de vouloir bien discuter les conclusions qu'il a déjà posées relatives à une série de mesures hygiéniques destinées à diminuer autant que possible le mortalité de la fièvre typhoïde qui semble aller toujours en croissant depuis un certain nombre d'années. Quand même il serait vrai que la fièvre typhoïde n'est jamais produite par des causes dites banales, telles que l'encombrement, les émanations des matières fécales, etc., et qu'elle aurait toujours ponr cause l'action de germes spécifiques, il suffit, comme l'a reconnu M. Fauvel, que les causes banales favorisent le développement de ces germes pour qu'il soit opportun de prendre les mesures hygiéniques propres à combattre l'action de ces causes. L'Académie a le droit et le devoir d'avertir les pouvoir publics et de leur déclarer que la fièvre typhoïde tient à des causes qui peuvent être atténuées par un ensemble de mesures hygiéniques depuis longtemps indiquées.

M. Blot ne pense pas que l'Académie doive nommer une commission chargée de formuler des conclusions, puisque ses membres ne sont pas d'accord eux-mêmes ni sur l'étiologie, ni sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

M. Rochard répond qu'il ne s'agit pas de discuter ni sur l'étiologie, ni sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde, questions sur lesquelles l'Académie, en effet, est divisée. Mais il est une série de questions au sujet desquelles l'accord est certainement fait, ce sont les questions d'hygiène. Tout le monde est d'accord pour reconnaître la fâcheuse influence sur la santé publique, de l'encombrement, de l'insalubrité des logements, de la contamination des eaux potables par les émanations des matières fécales, etc. ; or, de quoi s'agit-il ? Précisément de demander à l'autorité de faire disparaître autant que possible ces causes d'insalubrité, l'encombrement, la malpropreté, l'insalubrité des logements, le méphitisme, de fournir aux Parisiens des eaux qui ne soient point empoisonnées par les déjections fécales, etc. Voilà les con-

clusions topiques qu'il convient et qu'il est du devoir de l'Académie de soumettre à l'adoption des pouvoirs publics. (Applaudissements.)

L'Académie, consultée de nouveau par M. le Président sur l'opportunité de la nomination d'une commission, adopte cette proposition. En conséquence, une commission composée de MM. Jules Rochard, Fauvel, Léon Colin (du Val-de-Grâce), Bergeron et de M. le président Hardy, sera chargée de rédiger et de présenter à l'approbation de l'Académie des conclusions destinées à être soumises à l'autorité compétente.

— La séance est levée à cinq heures.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 30 mars au 5 avril 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,312. — Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 9. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 44. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 66. — Phthisie pulmonaire, 250. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 64. — Bronchites aiguës, 57. — Pneumonie, 145. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 43 ; au sein et mixte, 29 ; inconnus, 0. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 103 ; circulatoire, 88 ; respiratoire, 110 ; digestif, 51 ; génito-urinaire, 25 ; de la peau et du tissu lamineux, 7 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 2. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 14e semaine. — Il a été notifié, pendant la 14e semaine, au service de la statistique municipale, 1,353 naissances et 1,312 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,140, 1,209, 1,316, 1303. Le chiffre de 1,312 est donc notablement supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les maladies épidémiques, fait ressortir :

Une aggravation pour la Diphthérie (44 au lieu de 40).

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (27 décès au lieu de 30), la Variole (9 au lieu de 12), la Rougeole (31 au lieu de 41) et la Scarlatine (1 au lieu de 3).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (51 admissions pendant la période du 26 mars au 1er avril au lieu de 57 pendant la période précédente) et la Variole (26 au lieu de 45), et supérieur pour la Diphthérie (28 au lieu de 23).

FORMULAIRE

Potion contre la pneumonie aigue. — Hirtz.

Feuilles récentes de digitale pulv.	0 gr 75 à 1 gramme.
Julep gommeux	100 grammes.
Sirop thébaïque	20 —

F. s. a. une potion, qu'on agite au moment de s'en servir. — Une cuillerée d'heure en heure dans la pneumonie aiguë. On peut, exceptionnellement, élever la dose de digitale jusqu'à 1 gr. 50 centigr. — On cesse la potion dès que la fièvre est abattue. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Le mardi 10 avril, à quatre heures et demie, le Dr Krishaber a succombé à la fièvre typhoïde. Notre malheureux confrère avait perdu sa femme, il y a un mois à peine. Cette triste nouvelle, si analogue à celle qui nous est arrivée d'Alger il y a quelques mois, quand le docteur Edward Landowski et sa femme ont été enlevés inopinément à quelques jours de distance, nous laisse la plus douloureuse impression.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Sont admissibles après les premières épreuves : MM. Poirier, Michaux, Barette, Broca, Ricard, Verchère, Mesnard, Pousson et Tuffiez.

La troisième épreuve — préparation de pièces anatomiques pour laquelle il est accordé

deux mois aux concurrents — commence aujourd'hui. La question tirée est : veines profondes du membre abdominal.

— Le concours de l'adjuvat a commencé le lundi 9 avril, à midi et demi. Le jury se compose de MM. Béclard, Panas, Sappey, Reclus, Farabeuf.

Les candidats, au nombre de dix, sont : MM. Phocas, Hamonic, Barbulée, Assaky, Festal, Boiffin, Métaxas, Marciguey, Deschiens et Damalix.

— Par arrêté préfectoral, en date du 30 mars 1883, ayant son effet du 1[er] janvier 1883, le traitement des pharmaciens des asiles publics d'aliénés de la Seine est fixé ainsi qu'il suit :

Sainte-Anne : minimum, 4,000 francs ; maximum, 5,500 francs. — Ville-Évrard : minimum 3,000 francs ; maximum, 4,500 francs. — Vaucluse : minimum, 3,000 francs ; maximum, 4,500 francs.

Le passage du minimum au maximum aura lieu par périodes de 500 francs tous les trois ans.

Legs. — Dans la séance d'avant-hier jeudi, le président de la Société d'anthropologie a fait connaître que, par une lettre datée de janvier 1867, notre regretté confrère M. le docteur Bertillon léguait à la Société la somme nécessaire pour la fondation bi-annuelle de 500 francs sur le modèle du prix Godard. Les fils de M. Bertillon ont demandé que ce prix fût spécialement consacré à des ouvrages de démographie.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 31 mars 1883, M. le docteur Motano (Joseph) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Hôpitaux de Londres. — La plupart des hôpitaux de Londres ont une existence propre : leurs ressources proviennent de fondations ayant pour objet le soulagement des malades et l'enseignement de la médecine, de souscriptions et de donations. Ils sont ou généraux, c'est-à-dire appelés à recueillir des malades de toute sorte, ou spéciaux, c'est-à-dire consacrés à une affection particulière. Les hôpitaux généraux sont les plus anciens et les plus riches ; mais ils traversent en ce moment une crise. Quatre des principaux ont dû, l'an dernier, pour suffire à leur dépenses, aliéner une partie de leur dotation, jusqu'à concurrence de 30,000 liv. Les souscriptions qu'ils reçoivent annuellement ont diminué de 2,000 liv. entre 1872 et 1882, le chiffre des dotations a baissé de 4,000 liv. Le revenu des 17 hôpitaux généraux, qui était de 310,237 liv. en 1877, n'a été que de 270,159 en 1881. Au contraire, les hôpitaux spéciaux sont en pleine prospérité. Le revenu de ces 14 établissements, qui était de 155,055 liv. en 1877, s'est élevé, en 1881, à 173,746. On attribue cette différence de situation à ce que les administrateurs des hôpitaux spéciaux montrent plus d'activité dans leurs appels à la charité et plus d'exigence à l'égard des malades qui peuvent payer.

Cet état de choses est d'autant mieux de nature à préoccuper l'administration, que les hôpitaux actuels sont insuffisants pour la population. Plusieurs quartiers se plaignent avec raison de n'être point desservis. On demande qu'une commission royale soit instituée pour étudier la question du régime des établissements hospitaliers, et de bons esprits estiment qu'il serait bon de grouper tous les hôpitaux sous un même conseil qui, d'abord, n'aurait qu'un droit d'avis, et à qui, plus tard, pourrait être confiée la gestion des divers établissements. Ce conseil deviendrait alors, en ce qui concerne les hôpitaux, quelque chose d'analogue à notre administration générale de l'Assistance publique. (*Rev. gén. de l'Adm.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 14 avril 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Observation de pleurésie chez une femme en couches ; quinze ponctions aspiratrices en l'espace de deux mois ; guérison, par M. Graux. — 2° Quelques considérations sur la théorie de la goutte, par M. Durand-Fardel. — 3° Vote sur la candidature au titre de membre titulaire de M. le docteur Hippolyte Baraduc. — 4° Election au scrutin secret de cinq membres titulaires chargés de juger les mémoires envoyés pour le concours du prix Duparcque.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.* — M. le professeur Alfred Fournier commencera ce cours le vendredi 13 avril, à 9 heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Les vendredis, leçon à l'amphithéâtre ; les mardis, leçon dans les salles.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Service de M. SIREDEY.

Fièvre typhoïde et Grossesse,

Par M. MARTINET, interne du service.

Suite. — (Voir le numéro du 12 avril.)

Maintenant que nous sommes en mesure d'aborder l'étude comparative que nous nous étions proposé de faire, il nous faut chercher quelle est la fréquence de la fièvre typhoïde chez les femmes enceintes. Rokitansky et Niemeyer, cités par Murchison, prétendent que la grossesse est une garantie presque certaine contre la fièvre typhoïde. Cette proposition, dépouillée de son caractère absolue, reste vrai. Des statistiques faites à Bâle et à Vienne ont donné 12 et 13 p. 1,000. Ce sont là des chiffres peu considérables, mais pas tout à fait en rapport avec ce que nous avons pu voir cette année à l'hôpital Lariboisière où le nombre des femmes typhiques s'est élevé à 460, et parmi elles il n'y a eu que 16 femmes enceintes.

Il est en outre un fait assez ordinaire, c'est que c'est principalement dans les premiers mois de leur grossesse que les femmes peuvent être prises de fièvre. Dans la statistique de Bourgeois, l'on note en effet 22 cas dans les cinq premiers mois et 12 après le septième. Quatre de nos malades étaient enceintes de six mois et demi, deux de quatre mois, une de trois, et, chez deux d'entre elles seulement, la grossesse avait dépassé le septième mois.

On pourrait supposer *a priori* que l'état de grossesse constitue pour la dothiénentérie, une cause de gravité, de danger même ; il n'en est rien. Murchison l'a déjà dit : c'est une complication peu redoutable, et soit chez les malades dont nous

FEUILLETON

CAUSERIES

Il s'est passé, dans ces derniers temps, plusieurs évènements afférents aux choses médicales, et dont la chronique peut faire son profit. Je ne crois pas exagérer, par exemple, en qualifiant d'évènement la discussion à l'Académie de médecine sur la fièvre typhoïde ; parmi toutes les interventions qu'a suscitées cette grande enquête, il en est une surtout qui m'a fait un extrême plaisir, et si je vous en parle, ce n'est point dans l'idée que vous vous intéressez beaucoup à ce qui peut m'être agréable, mais c'est avec la conviction que mon plaisir aura été partagé par une foule de gens qui peut-être n'oseront pas le laisser paraître.

C'était une satisfaction longtemps attendue, que quelqu'un vînt dire publiquement, du haut de la tribune, et d'une voix autorisée, ce que beaucoup pensaient et se disaient tout bas ; et cette satisfaction, M. Peter nous l'a enfin donnée dans ses derniers discours. Trop de fleurs, mes enfants ! s'écriait Calchas au premier acte de la *Belle Hélène* ; trop de microbes, pourrait-on répéter sur une note moins gaie. Il y avait dans l'air (sans compter les microbes eux-mêmes), comme un besoin de protestation contre l'envahissement tant soit peu tyrannique de la théorie des germes, et M. Peter a eu le courage de secouer le joug le premier. Soyez bien convaincus que les applaudissements qui l'ont accueilli à l'Académie ne sont rien auprès des adhésions intimes que sa parole aura entraînées. Enfin, il était temps ! Voilà la simple réflexion qui sera venu à beaucoup de lecteurs, et cette forme d'assentiment en vaut bien d'autres.

avons lu l'observation, soit chez les femmes que nous avons eu à soigner, la présence du fœtus n'a paru exercer aucune influence fâcheuse sur la marche de la pyrexie, et presque toujours nous nous sommes trouvés en présence de formes de moyenne intensité.

Nous arrivons à un point intéressant à connaître, la fréquence de l'expulsion du produit de la conception dans le cours de la dothiénentérie. D'après la statistique donnée par Baratte, dans sa thèse, sur 94 cas de grossesse dans la fièvre typhoïde, l'avortement s'est produit 57 fois. Quoique l'auteur n'ait pas indiqué les sources auxquelles il avait puisé, nous avons tout lieu de croire qu'il a fait le total des faits de Bourgeois, Griésinger et Murchison, et qu'il y a ajouté ses propres observations. De notre côté, sur 15 cas, nous avons vu survenir l'expulsion du fœtus 9 fois; de telle sorte qu'il nous est permis de donner la statistique suivante : sur 109 cas, il y a eu 66 avortements. Donc l'avortement n'est pas la conséquence ordinaire de la fièvre typhoïde; il survient seulement dans plus de la moitié des cas.

Est-il nécessaire que la maladie soit très grave, ou même grave tout simplement, pour qu'il y ait fausse couche? Non; le typhus levissimus peut, au même titre que la forme ataxo-adynamique, causer cet accident. Onze de nos malades ont présenté des formes moyennes et même atténuées; il n'y a donc aucun rapport à établir entre l'intensité, la durée de l'affection et la fréquence de la complication qui nous occupe.

Mais à quel moment se produit l'avortement? Est-ce au début, pendant la période d'état ou au déclin? On a semblé croire jusqu'ici que la période d'état, la fin du second septénaire était le moment précis où se faisait l'expulsion du fœtus et on a même ajouté qu'après cette expulsion la maladie tournait court vers la guérison et que la convalescence survenait presque immédiatement. Il y a là, croyons-nous, une affirmation inexacte : ce qui s'est passé sous nos yeux ne confirme pas cette manière de voir. Presque toujours, l'avortement a eu lieu à la fin du troisième septénaire; si l'on veut bien se reporter à nos observations, on verra qu'il s'est produit après le dix-septième jour et souvent au début de la convalescence. Et, chose remarquable, ce n'est pas en pleine période fébrile que l'accouchement a eu lieu; il n'a pas été, pour l'économie, comme une sorte de phénomène critique, de détente; mais, au contraire, tout semblait fini, le cycle fébrile avait accompli son évolution, la température était à la normale et nos malades étaient entrées en pleine convalescence. Toutes nos observations, et surtout l'observation II, sont probantes à cet égard.

Il n'y avait pas seulement de l'à-propos dans cette résistanee au despotisme panspermique, il y avait encore du courage, je l'ai déjà dit. Car pour faire preuve d'une foi douteuse dans les bienfaits du microbe, on n'encourt ni plus ni moins que l'accusation capitale de manquer de patriotisme et d'être indigne du nom de Français. Encore un peu, il serait interdit aux adversaires du microbe de regarder la colonne. M. Peter lui-même a subi ces reproches de haute trahison, contre lesquels il lui a fallu bel et bien se défendre, ce qui était peut-être superflu.

Jadis, quand Metz, ville toujours française, appartenait à la France, les éleves de l'Ecole d'artillerie fréquentaient beaucoup le théâtre, où l'exubérance de leur jeunesse était bien connue. Un soir de mélodrame, la troupe étant très mauvaise, il y eut quelque tapage et même des sifflets. Comme le personnage ainsi conspué avait débité une tirade soi-disant patriotique, un spectateur convaincu se leva, et la main étendue vers les mécontents, il s'écria, avec la voix de M. Prudhomme : « Ils ne sont pas Français, ceux qui sifflent ainsi ! » Ce chauvin avait non seulement fait un alexandrin, probablement sans le savoir, mais encore il avait produit un effet considérable, et finalement tout le succès de la soirée fut pour lui.

Est-ce donc renier sa patrie que de réserver son jugement sur des découvertes auquelles on a voulu faire dire leur dernier mot bien avant le temps? Est-ce une action si noire de se prémunir contre les enthousiasmes d'école, et de reconnaître avec regret que le microbe n'est pas encore le messie appelé à régénérer la médecine et à sauver tous les malades? Cela n'empêche pas de s'incliner devant la haute personnalité de M. Pasteur, qui reste un travailleur presque sans rival, et dont les découvertes demeurent un suprême honneur pour la science française. Mais cela n'empêche pas non plus les épidémies de poursuivre leur cours, et l'on conviendra que si les doctrines microbiennes nous bercent d'espoir et d'illusions, elles nous

Ceci étant établi, voyons quelles sont les circonstances qui précèdent et accompagnent l'avortement. Hâtons-nous de dire qu'il n'y a jamais eu pour le déterminer aucune cause occasionnelle, telles que coups, chutes sur le ventre, émotions vives, etc..... Chez toutes nos malades, les choses se sont passées de la façon suivante : pendant un jour ou deux, il y avait quelques douleurs abdominales, légères, intermittentes; une fois, elles ont provoqué un suintement sanguin, presque insignifiant. Elles finissent, après quarante-huit heures, par augmenter d'intensité : elles se rapprochent, deviennent continues, il se fait un léger écoulement de sang et trois ou quatre heures au plus après le début de ces derniers phénomènes, l'œuf complet est expulsé.

Le fœtus est arrivé mort dans la plupart des cas. Une fois, il a donné signe de vie pendant cinq à six minutes ; chez une autre malade, mais alors il s'agissait plutôt d'un accouchemet prématuré, à huit mois à peu près, l'enfant était vivant et a pu achever, sans difficulté, hors du sein maternel, son complet développement.

Il eut été fort intéressant de rechercher si les fœtus morts présentaient les lésions pathognomoniques de la fièvre typhoïde; mais l'âge peu avancé de nos fœtus rendait cette constatation presque impossible. Gusserow n'a jamais rencontré chez le fœtus de lésions typhiques. Disons, cependant, que Manzoni (1841) a trouvé des ulcérations folliculaires sur l'intestin d'un enfant né à sept mois et mort vingt ou trente minutes après sa naissance. D'autre part, Charcellay a vu sur un enfant mort, le huitième jour des altérations assez avancées pour considérer le début de la maladie comme antérieur de plusieurs jours à celui de la naissance.

Revenons à l'état de la femme qui vient de faire une fausse couche. Que va-t-il se passer? La fièvre qui dans la plupart des cas avait cessé, va-t-elle de nouveau atteindre à un degré alarmant, ou si la maladie n'est pas encore terminée, va-t-elle néanmoins marcher vers la guérison ou au contraire se prolonger et amener une terminaison fatale. Grisolle, Griésinger penchent pour cette seconde manière de voir, mais telle n'est pas l'opinion de Cazeaux; il ne craint pas de dire, et en cela il a raison, que « la fièvre, loin de recevoir à l'état puerpéral une influence fâcheuse serait, au contraire, moins grave que dans les circonstances ordinaires de la vie. » Chez toutes nos malades, en effet, la température n'a subi aucune élévation; il n'y a eu aucune menace de rechute, et quand la maladie n'était pas

---

ont donné jusqu'ici peu de chose en fait de résultats acquis. Tout à l'heure en quittant les quatre-vingt typhiques dont j'ai actuellement la charge, je songeais que les précautions les plus minutieuses avaient été prises pour préserver ces grands enfants de toutes les causes d'infection, et que pourtant, à l'heure dite et au moment propice, la fièvre typhoïde en avait fait sa proie; la proie était trop belle, et le microbe avait résisté à la guerre entreprise contre lui.

Il faut avouer que nous sommes mal partagés dans les bienfaits des doctrines microbiennes, et que la médecine humaine en est encore exclue; est-ce le fait des nécessités de l'expérimentation, est-ce la différence du milieu, du terrain, de la manière d'être des maladies, toujours est-il que les seules conquêtes de la théorie des germes ne s'appliquent encore qu'à la médecine vétérinaire. Les vers à soie ont ouvert la marche, puis les poules, les moutons, les vaches, les cochons; mais l'homme attend encore son tour. Aussi, qui s'est levé à l'Académie pour répondre à M. Peter et tenir haut le drapeau de la virulence, fonction d'un élément vivant? Un vétérinaire, et pas d'autre. C'est assez significatif pour une doctrine dont les adeptes professent un mépris non dissimulé pour la vieille médecine, ignorante des causes et par conséquent bonne à rien. La vieille médecine ignorait les causes, c'est possible ; mais elle connaissait les maladies; en attendant et faute de mieux, c'était déjà quelque chose.

Je pressens une objection : et le pansement de Lister, vous oubliez le pansement de Lister, confirmation victorieuse de la théorie des germes. En êtes-vous bien sûrs? Il y a une chose qui serait à essayer : faites les opérations et les pansements comme l'a enseigné Lister, mais sans l'emploi d'aucune substance antiseptique ni microbicide. Conservez l'hémostase et la réunion des plaies, le drainage, les pansements rares, la gaze, le protective, la pulvérisation, tout cela sans un atome d'acide phénique, rien qu'avec de l'eau pure; pensez-vous qu'il y aurait une grande différence dans les résultats? Le microbe a tout accaparé dans la chirurgie anti-

encore tout à fait terminée, elle n'en continuait pas moins son acheminement vers une rapide et complète guérison.

Quand à l'état puerpéral proprement dit, ne va-t-il pas subir un contre-coup fâcheux ? Ne sommes-nous pas en présence d'une maladie à déterminations intestinales ? L'intestin a été ulcéré assez profondément et sur une grande étendue ; il y a eu une diarrhée abondante ; le péritoine s'est trouvé un certain temps en imminence morbide. N'est-on pas en droit de redouter son inflammation alors que l'utérus est congestionné, qu'il se contracte, que ses annexes et les replis péritonéaux qui les soutiennent sont tiraillés en tous sens ? Eh bien, malgré ces conditions éminemment défavorables, il n'y a pas de douleurs abdominales ; l'utérus accomplit son travail d'involution, comme dans les circonstances les plus normales, les plus naturelles. Il n'y a pas même d'hémorrhagie *post partum*, ou quand elle se produit, l'écoulement sanguin est des moins considérables.

Laissons de côté les complications pour ainsi dire locales, la lymphangite utérine par exemple et sa compagne, souvent obligée, la pelvi-péritonite, et prenons la septicémie puerpérale. Ne semblerait-elle pas devoir se montrer tout naturellement, alors que l'organisme vient d'être la proie d'une affection à laquelle personne ne refuse le caractère infectieux ? Enfin, n'a-t-on pas signalé souvent l'analogie éclatante qui existe entre les deux poisons morbides, celui de la fièvre typhoïde et celui de la septicémie puerpérale ? On devrait donc les voir se succéder presque fatalement. Et cependant, c'est là ce qu'on n'observe presque jamais. L'on peut encore s'étonner à bon droit que nos malades aient été à l'abri de la septicémie quand on pense qu'elles ont accouché dans un milieu septique par excellence, dans une salle d'hôpital, où sur quarante malades il y en avait de vingt à vingt-cinq atteintes de fièvre typhoïde et quelques-unes avec de profondes eschares où des abcès sous-cutanés en pleine suppuration.

Les causes de cette immunité nous échappent absolument et, quelle que soit la bizarrerie du fait, nous devons le signaler.

(La fin à un prochain numéro.)

---

septique ; il se pourrait bien qu'il ne fût dans tout cela qu'un personnage secondaire, et que tout ce qu'on fait à son intention réussisse pour des raisons d'un tout autre ordre.

***

Madrid était en fêtes ces jours-ci, et le prince dont se célébraient les noces était presque un confrère, paraît-il. Ce prince Louis de Bavière est-il le même qui avait déjà un cabinet de consultation pour l'oculistique, et qui détenait indûment l'œil de Gambetta dans un bocal de son laboratoire ? Je n'en sais rien ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que le nouvel époux de l'infante d'Espagne étudie la médecine, et se propose même de se faire recevoir docteur ; on ne dit pas dans quelle Faculté. Voilà un praticien dont le nom fera bonne figure sur le Bottin, et qui pourra sans doute annoncer des consultations gratuites.

N'ayant pas sous la main l'almanach de Gotha, j'ignore si notre futur confrère est destiné à monter sur le trône un jour ou l'autre. En supposant qu'il ne soit jamais titulaire d'aucun royaume, il n'en sera que plus libre pour se consacrer entièrement à la médecine. Mais pour un roi, la médecine ne serait-elle pas une excellente préparation à l'exercice du pouvoir ? Un souverain n'aurait-il pas de précieuses ressources à tirer de ses études et de sa qualité de médecin ?

D'abord, il faut qu'un roi soit habile à tâter le pouls à son peuple et à l'opinion publique ; et pour cela, pas de meilleur apprentisssage que l'exploration de la radiale et le maniement du sphygmographe. L'étude de la température, inséparable aujourd'hui de celle du pouls, servirait pour apprécier les effervescences populaires ou le refroidissement des masses.

L'éducation médicale ne serait pas inutile dans le bagage d'un souverain, ne fût-ce qu'en lui apprenant à traiter son peuple comme un organisme tantôt sain, tantôt malade, et selon son tempérament. La politique ne pourrait-elle pas s'appeler, tout aussi bien que la médecine,

REVUE GÉNÉRALE ÉTRANGÈRE

LE BACILLE DE LA TUBERCULOSE.

L'activité avec laquelle nos physiologistes poursuivent leurs études dans la voie ouverte par M. Pasteur, apportant presque chaque jour une pierre nouvelle à l'édifice de la pathologie microbienne, multipliant ses applications, ouvrant enfin à la thérapeutique et à l'hygiène des horizons sans limites; cette fructueuse émulation qui s'est emparée de nos laboratoires à Paris, à Lyon, à Toulouse, trouve difficilement grâce devant la critique allemande, qui la qualifie d'un mot : monomanie du microbe (1). Nous aurions vraiment beau jeu à renvoyer le propos à ses auteurs, car il n'est d'égal aux débordements expérimentaux des fauteurs de microbes, que l'avalanche des travaux et publications des zélateurs du bacille : Koch ne doit rien à Pasteur. Mais il nous plaît, dans l'impartialité traditionnelle de notre éclectisme, de constater cet empressement soutenu des chercheurs à aborder ces questions neuves, leurs efforts passionnés à instruire rapidement ces grands procès, quel que doive être le verdict; toutes nos sympathies sont acquises à ces travaux, dont on a trop paru en France se désintéresser, et notre regret est de n'y pouvoir consacrer qu'une sommaire analyse (2).

Il n'y a pas un an que parut, dans la *Gazette hebdomadaire de Berlin*, le travail remarquable de Koch, nourri de faits, sobre de rédaction, serré de déductions, dont l'exploitation semble absorber toutes les forces vives des cliniques d'outre-Rhin. Ce mémoire est suffisamment connu par les nombreuses analyses qui en ont été données, et dont nous pouvons citer parmi les plus consciencieuses celles qui ont paru dans la Revue d'Hayem (t. XX) et dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (1882, p. 265), auxquelles le lecteur français se reportera avec fruit.

Koch était amené à voir le parasite de la tuberculose dans les batonnets ou bacilles d'une longueur de un quart ou un demi diamètre de globule rouge, cinq fois plus longs que larges à leur complet développement, unis, quelquefois comme articulés, colorés en bleu sur un tissu uniformément brun à la suite de la réaction du bleu de méthylène et de la Vésuvine, et d'une série de manipulations dans le détail desquelles il serait trop long d'entrer et dont la délicatesse constituait une première pierre d'achoppement. Ehrlich et Baumgarten proposaient peu après quelques modification au manuel compliqué de Koch, Baumgarten s'appliquant sur-

(1) Microbes-Fanatismus in Frankreich. *Deut. med. Woch.*, 3 janvier 1883.

(2) Koch. Die œtiologie, etc. *Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 15, 10 avril.
Aufrecht. Die œtiologie, etc. *Centralbl. f. med. Wiss.*, 1882, n° 17.
Ehrlich. *Deut. med. Woch.*, 1882, n° 19.
Baumgarten. Uber ein bequemeres Verfahren, etc. *Centralbl. f. med. W.*, 1882, n° 25.

---

la science des indications? L'histoire, envisagée comme la pathologie du genre humain, s'explique et se comprend aisément, aussi bien l'histoire d'aujourd'hui que celle des temps passés, et j'en conclus que les médecins feraient d'excellents empereurs. Voilà un nouveau débouché ouvert à notre activité professionnelle. L'anémie, les névroses, le délire, tout cela se retrouve dans l'histoire, et l'un des plus séduisants écrivains de notre époque a suivi la même idée en intitulant un de ses livres : *Les Convulsions de Paris.* Souhaitons donc que la Bavière soit heureuse, si elle doit être un jour gouvernée par un médecin, après avoir été si longtemps gouvernée en musique.

***

Paulo minora canamus. Des hauteurs de cette principauté médicale, descendons dans l'enceinte du tribunal de la Seine, où nous allons trouver un tout autre monde, mais toujours avec des Espagnols. Il vient de s'y dérouler un procès invraisemblable, où la médecine a joué un grand rôle, et où elle se trouvait en bien mauvaise compagnie. On a fait beaucoup de bruit de cette affaire Monasterio, où certains confrères, plus ou moins authentiques, ont fait triste figure et ont comparu comme complices d'une action digne des *Mystères de Paris.* Il est certain qu'il y avait énormément de malpropreté dans tout cela, sans compter celle qui régnait dans l'appartement de madame de Monasterio, qui n'avait rien, paraît-il, de la bonne tenue d'un monastère. La presse n'a pas eu assez de blâmes, ou tout au moins de réticences malveillantes, pour les médecins qui ont délivré les certificats constatant la folie de Fidelia de Monasterio. Ils ont été reçus d'abord à coups de pincettes, et ensuite tout le monde leur est tombé dessus. Et finalement, pour aboutir à quelle conclusion? Que la malheureuse était par-

tout à la simplification des recherches cliniques du bacille dans les crachats des phthisiques.

Les bacilles se logent de préférence à l'intérieur même des cellules géantes. On les retrouve dans les arthrites fongueuses, la scrofule ganglionnaire, la *pneumonie caséeuse*, etc. Remarquons, en passant, tout le piquant de cette constatation, qui ramène par un chemin si détourné l'école allemande à la doctrine uniciste maintenue par la plupart de nos cliniciens et restaurée définitivement par nos micrographes. Le frêle bacille renverse les derniers remparts d'un dualisme profondément miné, et il devient le trait d'union cherché entre la tuberculose et la scrofule.

Le bâtonnet de Koch a une première lutte pour l'existence à soutenir; s'il triomphe facilement des microcoques de Toussaint et de Schueller, les bâtonnets de Klebs, et surtout, le bacille tuberculeux décrit et figuré par Aufrecht en 1881, constituent plus forte partie. Koch déclare que le bâtonnet de Klebs étant mobile, le bacille d'Aufrecht deux fois seulement plus long que large, la confusion n'est pas possible, et il maintient l'originalité, peu discutée d'ailleurs, de sa découverte.

Fr. Ziehl. *Deut. med. Woch.*, 1882, n° 33.

Balmer et Fräntzel. *Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 45.

D'Espine. Note sur la valeur clinique, etc. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1882, n° 12.

Lichtheim. Zur Diagnostisch Verw., etc. *Fortschr. der med.*, 1883, n° 1.

Max Schottelius. Zur Kritik, etc. *Virchow's Archiv*, 1883, n° 1.

Hans Chiari. Uber die Bacillen, etc. *Präger med. Woch.*, 3 janvier 1883, n° 1, et *Wien. med. Pr.*, 7 janvier 1883, n° 1.

Aug. Pfeiffer. *Berl. klin. Woch.*, 1883, 15 janvier, n° 3.

Crämer. Zur Diagn. Reduct., etc. *Wiener med. Blätt.*, 1883, n° 4.

Frankel. Die Diagn., etc. *Berl. klin·Woch.*, 1883, 22 janvier, n° 4.

Franz Ziehl. Zur Lehre von der Tub. Bac., etc. *Deut. med. Woch.*, 1883, 31 janvier, n° 5.

Rosenstein de Leyde. *Central Bl. f. die med. Wissensch.*, 1883, 3 février, n° 5.

Dettweiler et Meissen. Die Tub. Bac., etc. *Berl. klin. Woch.*, 1883, 12 et 17 février, n°s 7 et 8.

Kowalski. Uber Baccill., etc. *Wien. mediz. Pr.*, 1883, 25 février, n° 8.

Formad. *Philadelph. med. Times*, 18 novembre 1882.

Schmidt. *New-York méd. Rec.*, 2 décembre 1882.

Héron. *Brit. med. Journ.*, 27 janvier 1883.

Charnley Schmith. *Brit. med. Journ.*, 20 janvier 1883.

Dreschfeldt. *Brit med Journ.*, 17 février 1883.

Gairdner. *Brit. med. Journ.*, 3 mars 1883. (Glasc. med. Soc.)

Purser, Walter Smith. *Med. Times and Gaz.*, 3 mars 1883. (Med. Irel. Ac.)

---

faitement folle, depuis longtemps et pour toujours sans doute, et que les certificats ne disaient que la vérité.

Ce qui était en cause dans tout cela, ce n'était pas seulement ces électriciens de fantaisie, ces aides-majors apocryphes, et tout ce personnel de Cour des Miracles, c'était encore une fois cette fameuse loi de 1838, pour laquelle il s'est répandu déjà tant d'encre, sauf celle qui aurait pu servir à rédiger une autre loi meilleure. Il semble acquis que la loi de 1838 n'entoure pas de garanties suffisantes la situation des aliénés, et peut mettre le premier venu, sous prétexte de folie, à la merci de combinaisons indélicates ou criminelles. Pourtant, s'il est dangereux qu'il y ait des moyens de faire enfermer des gens qui ne sont pas fous, il peut être bien plus dangereux encore de manquer de moyens pour faire enfermer les vrais fous. Ce qui explique la simplicité de procédure consacrée par la loi de 1838.

Il y a deux personnes pour lesquelles la loi de 1838 est remplie de perfidies : le malade et le médecin. Le piège est également tendu sous les pas de celui qui rédige le certificat et de celui qui en est l'objet. L'un et l'autre peuvent être victimes de la même arme, et l'affaire Monasterio en est une preuve. Je veux bien que les principaux accusés n'aient pas eu la main heureuse dans le choix des médecins auxquels ils se sont adressés; mais les plus honorables auraient pu s'y laisser prendre, et rédiger de bonne foi un certificat qui pouvait les conduire en cour d'assises. Il est donc à souhaiter que la loi qui remplacera celle de 1838, laisse à la fois les malades et les médecins moins exposés aux surprises. C'est vraiment malheureux; toutes les lois sont horriblement compliquées, et celle-là, qui ne l'est pas, est précisément dangereuse par sa simplicité.

En attendant, méfions-nous des fous, comme des hystériques, ce qui est souvent la même chose, et regardons-y à deux fois avant de signer le certificat qui doit priver un de nos sem-

Koch n'avait trouvé les bacilles dans les crachats des phthisiques qu'une fois sur deux; mais les élèves ont pu renchérir sur le maître.

Balmer et Fräntzel ont examiné les crachats de 120 malades, toujours les bacilles se rencontraient chez les phthisiques pendant qu'ils faisaient défaut dans les simples bronchites. D'après les auteurs, leur nombre et leur degré de développement ont une valeur pronostique considérable. Petits, sans traces de spores, en petit nombre, ils se rapportent à coup sûr à une phthisie lente, torpide, à un processus ayant cessé d'être envahissant. Ils sont nombreux, bien développés dans les cas aigus et se rapprochant du dénouement.

A l'autopsie, on trouve peu de bacilles dans les parois cavitaires, un grand nombre au contraire au sein des liquides qu'elles sécrètent. Les crachats paraissent donc être le milieu le plus favorable à leur développement. Ce n'est pas que le contact de l'oxygène leur soit indispensable, car on les a trouvés en grand nombre dans le liquide d'une arthrite tuberculeuse du genou, alors que l'air n'avait point accès dans l'article.

D'Espine, de Genève, dont Kock lui-même a guidé les premières recherches, n'adopte pas toutes les conclusions de Balmer et Fräntzel. La constatation du bacille, appelée à rendre journellement des services au point de vue du diagnostic, serait dépourvue de toute portée pronostique.

Franz Ziehl, Dettweiler et Meissen professent la même opinion, et Hans Chiari, plus contenu encore, tout en admettant en principe la découverte anatomique de Koch, fait toutes réserves sur la validité des déductions qui en ont été prématurément tirées.

Telle est encore la manière de voir de Lichtheim, et l'impression qui se dégage de ses recherches à la clinique de Berne. Les bacilles manquent au cas où la tuberculose est exclusivement séreuse. Leur absence n'autorise pas dans tous les cas à nier la tuberculose. Il faut, pour leur constatation, que le processus destructif pulmonaire soit en communication avec les ramifications des bronches.

(A suivre.) R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

RAPPORTS de MM. les docteurs LUNIER et FOVILLE SUR L'HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS DE PARIS. Paris, 1882; Imprimerie nationale. Grand in-8°. Brochure de 80 pages.

Le 9 mars 1882, M. le ministre de l'intérieur, justement ému de la mort des docteurs Clauzel de Boyer et Cossy, tous deux attachés à l'hospice des enfants assistés, chargea MM. les docteurs Lunier et Foville, inspecteurs généraux des services administratifs, de lui rendre un compte exact de l'installation de cet hospice et de lui signaler les différentes améliorations dont on pourrait le faire bénéficier au point de vue de l'hygiène.

---

blables de sa liberté. Pour son meilleur ami, pour les gens que l'on connaît depuis longtemps, pour sa belle-mère surtout, on peut y aller carrément; mais pour les fous qui ne nous intéressent pas d'une façon particulière, il y a lieu d'être très prudent.

Il y avait d'ailleurs une solution, que je m'étonne de n'avoir pas vu intervenir dans le procès en question. Si j'avais été sollicité pour faire enfermer M[lle] de Monasterio, j'aurais tout de suite fait enfermer sa mère; ce qui aurait bien arrangé les choses. Mais on ne pense pas à tout.

LUBANSKI.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Charrin (Benoît-Albert), interne des hôpitaux est nommé préparateur du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales, en remplacement de M. Capitan, nommé chef de ce laboratoire (emploi nouveau).

MM. Vassaur et Launois, moniteurs des démonstrations histologiques, sont nommés, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-1883, aides-préparateurs des travaux pratiques d'histologie. — Les deux emplois de moniteur des démonstrations histologiques sont supprimés à la Faculté de médecine de Paris, à partir de la même époque.

MM. Pignol et Martin, moniteurs des travaux pratiques de physiologie, sont nommés, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, aides-préparateurs des travaux pratiques de physiologie. — Les deux emplois de moniteur des travaux pratiques de physiologie sont supprimés à la Faculté de médecine de Paris, à dater de la même époque.

Il s'agissait surtout de déterminer les dangers de contagion auxquels sont exposés les enfants momentanément admis à l'hospice, pendant la maladie ou la détention de leurs parents, et d'indiquer les moyens de combattre ces dangers.

Nos honorables confrères se partagèrent la besogne : Le rapport de M. Lunier comprend les données numériques relatives au service de l'hospice : — celui de M. Foville traite des conditions matérielles de l'hospice, de l'organisation du service, des travaux qu'on y exécute en ce moment, et de ceux qu'il conviendrait encore d'y exécuter.

Le passage suivant du rapport de M. Lunier montre à quel point il est malaisé d'établir des statistiques satisfaisantes avec des éléments aussi peu fixes que ceux qui sont fournis par une population incessamment renouvelée. « Comme cet établissement, dit le rapporteur, est à la fois un hospice dépositaire et un hôpital; qu'à plusieurs reprises, depuis cinq ans, de nouveaux éléments de population y ont été introduits; que les enfants qui y sont admis appartiennent à cinq ou six catégories différentes, qu'on en fait passer à chaque instant d'une catégorie dans une autre, qu'enfin, pour les uns, l'établissement n'est en quelque sorte qu'un lieu d'étape, tandis que les autres y font un séjour plus ou moins prolongé pendant la maladie ou la détention de leurs parents, j'ai éprouvé de sérieuses difficultés pour établir bien nettement le mouvement de la population par catégories et surtout, ce qui importait plus particulièrement, pour dégager la part proportionnelle de chacune des catégories d'enfants dans la mortalité de l'hospice. »

Cette mortalité, en somme, se résume dans les chiffres suivants : pour les enfants remis par leurs parents, pour ceux qui sont envoyés par les commissariats de police, pour ceux qui viennent des hôpitaux, la mortalité est de 9 et une fraction variable, sur cent. Pour ceux admis à la consultation, elle est de 37,80 p. 100 (M. le docteur Lunier fait remarquer que cette proportion n'a rien d'exagéré quand on sait dans quel état sont les enfants qu'on conduit à la consultation de la rue Denfert-Rochereau).

Pour les enfants envoyés au dépôt, la mortalité atteint le chiffre véritablement effrayant de 91,6 p. 100.

Voici, d'après les états qui ont été fournis à M. le docteur Lunier, quelle part dans cet excédent de mortalité doit être attribuée au fait du séjour à l'hospice : 40 p. 100 des décès sont déterminés par des maladies non contagieuses contractées, pour la plupart, par les enfants avant leur admission; et sur les 60 p. 100 qui succombent à des affections contagieuses, et particulièrement à la rougeole et à la diphtérie, 44 p. 100 entrent à l'infirmerie dans les douze premiers jours de leur séjour, ce qui permet de supposer que la majeure partie d'entre eux étaient déjà contaminés lors de leur admission à l'établissement; mais c'est déjà beaucoup trop qu'un tiers au moins des enfants qui meurent *au dépôt* y contractent l'affection contagieuse à laquelle ils succombent.

La conclusion de ce qui précède est, d'après l'honorable rapporteur, qu'il est urgent de construire à l'entrée de l'établissement des salles d'observation et de convalescence, et d'isoler complètement les enfants atteints d'affections contagieuses.

Le rapport de M. le docteur Foville, plus étendu que celui de son collègue, traite, dans autant de chapitres distincts : 1° de l'organisation générale de l'hospice, de l'ensemble des mouvements de sa population et des difficultés que présenterait le dédoublement du service : — 2° de l'état actuel des bâtiments et de l'état des différents services ; — 3° des travaux en cours d'exécution; des améliorations qu'ils auront pour résultat de réaliser et des inconvénients qu'ils laisseront subsister ; — 4° des travaux complémentaires qu'il y aurait encore lieu d'exécuter pour mettre l'ensemble du service dans des conditions satisfaisantes.

Un plan à deux teintes, heureusement disposé et accompagné d'une double légende, fait aisément comprendre l'état actuel de l'hospice et l'état dans lequel il sera après l'achèvement des travaux.

Voici tes principales conclusions de cet important rapport : — L'hospice des enfants assistés est très loin de remplir l'ensemble des conditions hygiéniques et hospitalières que, dans l'état actuel des sciences médicales, on est en droit d'exiger d'un établissement de ce genre ; — le projet, souvent mis en avant, de diviser l'hospice en deux établissements différents et de séparer les enfants abandonnés des enfants en dépôt, présente de nombreuses difficultés d'exécution, tant au point de vue administratif qu'au point de vue médical... Il serait donc avantageux de les laisser réunis, à condition toutefois que l'on pût donner à l'établissement unique une étendue suffisante, introduire dans la population un nombre de subdivisions plus grand qu'aujourd'hui, et créer, pour certaines catégories d'enfants, des quartiers distincts, indépendants les uns des autres et séparés des bâtiments existants. — La crèche devrait être réservée à la réception et à l'allaitement des nourrissons pendant la période, habituellement courte, qui s'écoule entre l'abandon des enfants et leur envoi, soit dans une des infirmeries de l'hospice, soit à la campagne ; — l'allaitement direct par les ânesses permet de sauver

une portion importante d'enfants syphilitiques que l'on ne pouvait, de crainte de contagion, confier à des nourrices femmes, et qui, nourris au biberon, auraient certainement succombé; il importe de construire un pavillon pour ce nouveau service. Il est indispensable de créer, pour le traitement des maladies contagieuses, des pavillons d'isolement; — il convient de constituer, dans des conditions entièrement nouvelles, un quartier pour les sevrés et les jeunes enfants de deux à cinq ans. Il devra être organisé soit dans un local plus ou moins éloigné de l'hospice, mais restant soumis à la même administration, soit dans un terrain limitrophe qui serait acheté pour être annexé à l'hospice. — Enfin (veuillez remarquer cette dernière conclusion, lecteurs), aucune modification à l'aménagement et aux distributions des locaux occupés par les enfants sains ou malades ne devrait être entreprise sans que le médecin et le chirurgien aient eu communication des plans et aient été mis en demeure de donner leur avis écrit. »

Mais alors, les architectes vont se croire deshonorés ! — M. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 avril 1883. — Présidence de M. Blanchard.

M. le docteur Poincarré adresse le résultat d'expériences entreprises afin d'étudier l'influence des vapeurs de créosote sur la respiration des animaux. Il a été constaté que ces vapeurs déterminent des phénomènes de sclérose dans le tissu conjonctif de tous les organes.

M. le docteur Kanellis envoie la relation d'inoculation du bacillus de la tuberculose.

M. Berthelot, de la part de M. Barbier, dépose sur le bureau un travail concernant les chlorhydrates liquides de térébenthène.

MM. Chamberland et Roux adressent un travail relatif à l'atténuation du virus charbonneux sous l'influence des substances antiseptiques.

M. Dumas donne lecture d'une note de M. Pasteur, absent, sur les résultats contradictoires signalés par MM. les professeurs de l'École vétérinaire de Turin, à propos des inoculations charbonneuses. Pour toute réponse, M. Pasteur offre à ces messieurs d'aller à Turin et de recommencer avec eux ces mêmes expériences qui, selon lui, n'ont pas été faites comme il convient.

M. Dumas fait hommage, au nom de M. le Ministre de l'agriculture, d'un volume contenant les rapports de la commission du phylloxera.

Mme Janssen informe l'Académie que la mission à la tête de laquelle est placé son mari, et qui est chargée d'observer la prochaine éclipse de soleil, est heureusement arrivée à l'isthme de Panama.

M. Max Cornu lit un rapport sur les expériences de M. Depret relatives au transport à grande distance de la force électrique. M. Cornu établit que pour éviter tous mécomptes il faut évaluer à 37 p. 100 la quantité de force transmise.

M. Vulpian, au nom de M. le professeur G. Sée et de M. Bochefontaine, dépose un mémoire concernant les expériences instituées pour étudier les effets physiologiques de la cinchonitine.

M. A. Faucon adresse une note sur des secousses de tremblement de terre observées dans le département de la Mayenne.

On a ressenti, sur différents points de la commune de Saint-Denis-de-Gastines, canton d'Ernée (partie nord du département de la Mayenne), une secousse de tremblement de terre, le jeudi 8 mars courant, vers 3 heures de l'après-midi. Quoique d'une certaine intensité, le phénomène a été très rapide : dans l'espace de quelques secondes, il s'est produit trois trépidations, assez fortes pour que les hommes qui étaient debout aient pu croire que la terre allait s'entr'ouvrir; d'autres personnes, assises dans les maisons, ont cru que les muraillss allaient s'écrouler. Cependant, on ne signale dans le pays aucune lézarde ni dégradation. Des bestiaux couchés dans des étables se sont levés précipitamment. La secousse a été immédiatement suivie d'un long bruit souterrain, que l'on compare généralement, comme sonorité, à un coup de tonnerre assez rapproché.

Le pays est essentiellement granitique et les terrains de sédiment qui recouvent le granite ont peu d'épaisseur; l'altitude varie de 200^{m} à 230^{m} au-dessus du niveau de la mer.

On a gardé le souvenir d'une autre secousse plus prolongée, qui se serait produite il y a environ vingt-cinq ans. »

M. C. Decharme adresse une note relative à un procédé de conservation et de reproduction des formes cristallines de l'eau.

On soumet à une basse température une lame de verre, disposée horizontalement et couverte d'une couche mince d'eau mélangée de minium. Pendant la congélation, les parcelles de minium sont entraînées par les petits cristaux de glace en formation; on obtient ainsi des figures affectant la forme d'aiguilles, d'aigrettes, de feuilles de fougères, etc., comme celles qui se produisent sur les vitres en temps de gelée. La fusion et l'évaporation ultérieures de l'eau laissent le minium en place : il suffit de vernir la plaque pour conserver indéfiniment les figures obtenues. Cette dernière précaution n'est même pas nécessaire pour les photographier avec le papier dit au *ferro-prussiate.*

— A quatre heures l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séances des 22 novembre et 27 décembre 1882. — Présidence de M. Donadieu.

Sommaire. — Correspondance. — Lithotritie. — Traitement de la fièvre typhoïde. — Paralysie générale. — Paralysie infantile.

La correspondance comprend : 1° Le *Bulletin médical du département de la Sarthe.* — 2° Les *Comptes rendus de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse.* — 3° Un travail intitulé : *Considérations sur la prophylayie de la surdi-mutité,* par le docteur Guerder. — 4° Un *Manuel des maladies de l'oreille,* par le même auteur (rapporteur M. Gellé). — 5° Les *Comptes rendus* de la Société de médecine de Gannat. — 6° Un *Manuel d'hygiène à l'usage des pensions et collèges,* par MM. Duchesne et Ed. Michel. — Un travail sur l'hygiène spéciale aux nacriers, par les mêmes auteurs. — 8° Plusieurs numéros du *Bulletin médical du Nord,* de la *Revue française et étrangère.*

M. le Président annonce à la Société la perte douloureuse qu'elle vient de faire en la personne du docteur Mathelin, l'un de ses membres. Sur la demande des membres présents, M. Apostoli donne lecture des paroles qu'il a prononcées sur la tombe de ce jeune et regretté collègue.

M. Reliquet présente à la Société et analyse sommairement le travail qu'il vient de publier et qui est intitulé : *La lithotritie doit être faite sans traumatisme.*

M. Labarraque demande à M. Reliquet ce qu'il pense de la pratique de sir Henri Thompson qui pratique la lithotritie à sec, c'est-à-dire sans laisser une seule goutte de liquide dans la vessie.

M. Reliquet répond que le mémoire qu'il présente à la Société discute les diverses méthodes de lithotritie. Il a eu pour but de combattre surtout la lithotritie rapide préconisée récemment par un chirurgien américain M. Bigelow. Il considère cette manœuvre comme mauvaise.

Thompson a lui-même reconnu que la lithotritie rapide détermine souvent des accidents inflammatoires, cystites, etc., qui apparaissaient quelques jours après l'opération et qui duraient assez longtemps. M. Reliquet pense que les accidents sont dus à l'emploi d'instruments trop volumineux. C'est ce qui avait déjà été dit par Civiale, qui est le véritable inventeur de la lithotritie, opération essentiellement française comme origine.

M. Picard demande à M. Reliquet ce qu'il pense de l'évacuation.

M. Reliquet répond qu'il fait toujours l'évacuation chaque fois qu'il la juge nécessaire. C'est une pratique qui était du reste conseillée par Civiale et Mercier.

M. Labarraque dit qu'il a vu, en effet, cette pratique en France dès 1823.

M. Picard est également d'avis qu'un séjour prolongé dans la vessie avec des instruments volumineux ne peut être que très dangereux.

—

M. Finot fait une communication sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Il a soigné récemment une dame âgée de 35 ans, qui a contracté la fièvre typhoïde en soignant sa fille. Les symptômes étaient assez bénins lorsque survint tout à coup une hémorrhagie intestinale assez abondante qui provoqua de vives douleurs et remplit tout à coup l'intestin. En quelques minutes, la malade évacua un plein vase de nuit de sang. Comme traitement, il immobilisa l'intestin avec de l'opium et fit des applications de glace. Il n'y a plus eu de garde-robes, et tous les symptômes se sont amendés depuis l'emploi des opiacés. Il demande quand il faudra cesser ce traitement.

M. ROUGON croit qu'on peut sans inconvénients cesser l'emploi des opiacés.

M. le président DONADIEU dit avoir observé de nombreux cas de fièvre typhoïde chez des personnes âgées, c'est là un caractère particulier de l'épidémie actuelle. Mais il a remarqué que ches les personnes âgées il n'existait pas ou presque pas de taches rosées lenticulaires. Quant au traitement, il pense qu'on ne doit pas abandonner le traitement ancien qui consistait à purger et à évacuer fréquemment l'intestin.

M. ROUGON dit qu'il faut employer les évacuants dans certains cas, dans d'autres il leur préfère les lavages intestinaux à l'aide de lavements phéniqués (20 centigrammes par lavement). Ces derniers médicaments ont plus particulièrement une action antiseptique et antithermique.

M. JULLIARD a préparé des potions contenant un gramme d'acide phénique au moment du choléra. Il ne se rappelle pas avoir vu des accidents. Il se demande pourquoi on emploie l'acide phénique qui sent mauvais, alors qu'on pourrait employer l'acide thymique, qui a les mêmes propriétés, sans avoir les mêmes inconvénients.

M. PICARD dit qu'on emploi l'acide phénique au 500e et au 1,000e pour les lavages de la vessie comme antiseptique. Mais il préfère l'acide borique qui n'irrite pas les organes et ne sent pas mauvais.

M. JULLIARD donne quelques renseignements relatifs à la solubilité de l'acide thymique liquide. Il faut toujours employer l'acide thymique cristallisé et non liquide, qui se dissout à la dose de 2 pour 100, à la condition d'ajouter un peu de soude caustique.

M. GROUSSIN a vu employer l'acide phénique en injections sous-cutanées avec succès. On faisait de deux à trois injections par jour, représentant de 10 à 15 centigrammes du médicament.

M. LUTAUD fait remarquer que l'acide phénique donne souvent lieu à des accidents toxiques. On doit alors en cesser l'emploi et le remplacer par l'acide borique qui a les mêmes avantages sans en présenter les inconvénients.

—

M. ARCHAMBAULT désirerait avoir l'avis de ses collègues sur le fait suivant :

En 1870, un de ses malades contracte un chancre induré ; il part pour Londres sans se soigner. A son retour, les accidents secondaires se déclarent. En même temps se produisent des phénomènes de congestion, de l'hésitation dans la parole, du tremblement des mains et des signes de folie qui amenèrent l'internement du malade chez le Dr Blanche. Ce dernier, consulté, ne croyait pas que tous ces phénomènes soient produits par la syphilis ; il les attribuait à la paralysie générale. Néanmoins, un traitement régulier avec l'iodure de potassium et le mercure fut suivi pendant un mois. L'amélioration se fit sentir très rapidement et, au bout d'un an, le malade sortait de la maison de santé. Actuellement, il a repris sa vie habituelle et n'a plus eu d'accidents depuis 10 ans. M. Archambault ayant eu occasion de faire voir le malade au professeur Potain ; ce dernier lui cita un fait analogue, la guérison avait été obtenue au bout de six mois.

M. CHRISTIAN rappelle qu'il a publié un mémoire sur cette question, au moment où le professeur Fournier faisait ses leçons sur la pseudo-paralysie syphilitique. Il ne croit pas à cette origine. Les lésions syphilitiques sont isolées et non symétriques, comme dans la paralysie générale, et elles donnent lieu à des attaques épileptiformes.

M. ARCHAMBAULT croit que, cliniquement, il y a des troubles cérébraux qui peuvent être confondus avec ceux de la paralysie générale et qui sont guéris par le traitement syphilitique.

M. HUCHARD partage l'opinion de M. Archambault. Il a observé, avec le professeur Brouardel, un malade pour lequel on avait donné un certificat de paralysie générale, et chez lequel il y avait une céphalalgie très violente. Sous l'influence d'un traitement mercuriel, le malade fut guéri au bout d'un an.

M. GROUSSIN demande s'il n'y a pas des cas où la paralysie générale a des rémissions de deux ou quatre ans.

M. HUCHARD : Le professeur Lasègue a signalé un cas de rémission de 25 ans, chez un sujet non syphilitique.

M. GROUSSIN dit que les périodes de rémission sont très variables. Il cite le cas d'un confrère qui, apres avoir été renfermé deux ans comme paralytique général, a repris depuis deux années ses fonctions.

M. CHRISTIAN cite le cas d'un paralytique général, chez lequel les phénomènes ont disparu à la suite d'une amputation de cuisse; ce malade est en instance, actuellement, pour faire lever son interdiction.

M. ARCHAMBAULT fait une communication sur la paralysie enfantile. On croit généralement que cette affection commence sans douleur et sans trouble de la sensibilité. C'est une erreur. Il a observé récemment un enfant qu'on croyait atteint de myélite qui avait débuté à la suite de surmenage. Il y avait, outre la paralysie des membres inférieurs, des douleurs très aiguës dans les pieds et les jambes. La sensibiiité était admirablement conservée. On se demandait s'il s'agissait d'une paralysie spinale ou d'une paralysie infantile. Il croit qu'il s'agissait d'une paralysie infantile avec lésion des cornes antérieures. Il a observé un grand nombre d'autres faits dans lesquel la paralysie infantile était accompagnée ou précédée de douleurs.

M. ROUGON demande à M. Archambault ce qu'il pense de l'action du froid dans la production de la paralysie infantile.

M. ARCHAMBAULT répond que l'action du froid peut déterminer des paralysies infantiles passagères, mais qu'il croit que le surmenage en est la cause la plus fréquente.

M. Ed. MICHEL demande quel est le traitement que M. Archambault a employé et conseillé dans ces cas.

M. ARCHAMBAULT dit qu'il est assez limité. Le repos, l'application de quelques ventouses constituent le principal traitement. Il a employé le salicylate de soude avec quelques succès. Quand aux applications de vésicatoires et aux pointes de feu, il ne les croit pas très utiles.

Ls Sociéte se forme ensuite en comité secret pour le renouvellement de son bureau et pour les élections.

— La séance est levée à six heures.

Le Secrétaire annuel, A. LUTAUD.

COURRIER

SOCIÉTÉ DES ÉTUDES COLONIALES ET MARITIMES. — A peine revenu à Paris, M. de Lesseps se met à la tâche. L'infatigable voyageur fera une conférence lundi prochain, 16 avril, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, dans la séance solennelle tenue par la Société des études coloniales et maritimes, sous la présidence de M. l'amiral Thomasset.

M. de Lesseps racontera son exploration dans les Chotts et traitera la question de la mer intérieure africaine.

La conférence sera accompagnée de projections lumineuses.

L'ordre du jour porte en outre la proclamation des récompenses accordées par la Société.

CLINIQUES DES MALADIES MENTALES. — M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 15 avril, à 10 heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, et les continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Hatton, qui exerçait la médecine depuis plus de 50 ans à Fresnay (Sarthe), vient de mourir à l'âge de 81 ans. Par son testament, il lègue une somme de 20,000 fr. à l'hospice de Fresnay, 40,000 à la ville et une somme égale à l'entretien d'une maison de charité.

M. le docteur Giscaro, président de la Société de médecine de Toulouse, est mort il y a quelques jours à l'âge de 67 ans. Il avait fondé en 1851, avec Guitard, la *Gazette médicale de Toulouse.*

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers d'académie : MM. Vasseur (Gaston), docteur ès sciences naturelles, préparateur adjoint au laboratoire de géologie, à la Faculté des sciences de Paris. — M. Viallanes (Henri), docteur en médecine, répétiteur de zoologie anatomique à l'Ecole pratique des Hautes-Études. — M. Vian (Jules), membre de la Société de zoologie de France.

— M. le docteur Cadet de Gassicourt commencera ses leçons cliniques sur les maladies des enfants le jeudi 19 avril à 10 heures à l'hôpital Trousseau. et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵒ, 22, rue Dussoubs.

Association Générale

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

VINGT-QUATRIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

TENUE A PARIS, LES 1er ET 2 AVRIL 1883, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. HENRI ROGER.

Séance du 1er avril 1883.

La séance est ouverte à trois heures.

MM. les Présidents, MM. les Délégués des Sociétés locales et de la Société centrale, MM. les membres du Conseil général, du Conseil judiciaire et administratif, un grand nombre de membres de la Commission administrative et de membres de la Société centrale prennent place dans l'hémicycle du grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

L'assistance est plus nombreuse que les années précédentes.

M. Henri Roger, Président, et les membres du Bureau occupent les fauteuils de l'estrade.

M. LE PRÉSIDENT H. Roger déclare la séance ouverte et prononce l'allocution suivante :

Dans ce jour solennel où se réunissent les représentants autorisés de notre grande fédération, votre Président doit ses premières louanges et les premiers hommages de l'Association à trois illustres membres qui ont été ravis, dans le cours de cette année, à nos affectueux respects : M. Cloquet, notre vice-président d'honneur, M. Woillez, membre du Conseil, M. Amédée Latour qui fut le secrétaire perpétuel de notre association.

Pour deux d'entre eux, j'ai réclamé la triste et douce mission de parler sur la tombe et de leur adresser les adieux suprêmes. Qu'il me soit permis de répéter au milieu de vous les éloges qui sont dus à leur mémoire honorée, à leur mémoire aimée.

Médecin des hôpitaux depuis 1855, Woillez put y continuer la série déjà commencée de ses recherches cliniques, qui embrassent une période de plus de quarante ans et qui, presque toutes, ont pour objet les maladies de poitrine. Dans ces œuvres il a mis ses qualités supérieures : l'exactitude, la précision, et avant tout, la sincérité, qualités natives et perfectionnées encore à l'école rigide de Louis, le grand observateur qui appliquait à la nosologie et même à la thérapie, matières ondoyantes, les lois inflexibles de l'arithmétique.

A l'Académie de médecine qui avait récompensé, par un vote presque unanime, les mérites du savant et du praticien, Woillez se montra toujours dévoué serviteur de la science.

Un des derniers travaux de notre éminent confrère est un ouvrage philosophique, *L'Homme et sa science en notre temps* : dans cet écrit, il ne craint pas d'aborder les plus redoutables problèmes, la Création, les origines et la fin de l'Humanité, et de sonder l'incognoscible. L'occasion du livre est touchante : il a été conçu à l'époque des désastres de la France et sous le règne sinistre de la Commune. Il a été rédigé dans le silence d'un chagrin profond, pendant une année traversée de funérailles

et remplie des plus amères tristesses : la mort de sa femme et de ses deux filles. En face de la force victorieuse et du crime social triomphant, au milieu de ses dures afflictions terrestres, il sentit le besoin, il regarda comme un devoir d'affirmer ses croyances au spiritualisme, à l'immortalité de l'âme et à une existence seconde dans un monde assurément meilleur que celui où nous vivions alors.

Woillez a honoré la profession par l'excellence de ses ouvrages et par la dignité de sa vie : homme du devoir et de la vraie fraternité, clinicien habile, médecin dévoué, compatissant, il inspirait confiance par son savoir et sa bonté, et l'on trouvait en lui « l'accord victorieux des deux sœurs, la science et la conscience » ; en lui, la conscience était comme un témoin constant des actes et des pensées :

Nocte diùque suum gestare in pectore testem.

C'est pour ces qualités (qui toujours guident nos choix) que nous l'avions présenté à vos suffrages pour faire partie du Conseil, et, parmi nos conseillers, il fut un des plus zélés et des plus utiles. En nous quittant à jamais, il a laissé aux confrères malheureux un témoignage durable de son dévouement ; il a légué à la caisse des pensions la nue-propriété d'un titre de rente de 500 francs.

Dans notre réunion de l'année dernière, Cloquet était acclamé vice-président d'honneur. L'association en lui offrant ce titre, comme à M. Ricord celui de vice-président, était fière de se parer des noms glorieux de ces maîtres de la chirurgie française et de se placer sous la tutelle de ces persévérants bienfaiteurs. Certes, l'Association n'aura pas été ingrate envers la mémoire de M. Cloquet : deux de ses dignitaires, M. Larrey, au nom de l'Institut, et M. Gosselin pour la Faculté, ont loué dignement les travaux du chirurgien illustre qui a rempli, comme Bouillaud, le siècle de sa renommée, et qui était comme un ancêtre pour la brillante génération des chirurgiens actuels. Pour moi, après ces éloquents orateurs, il ne me restait qu'à adresser, au nom de l'Association, un pieux hommage à notre protecteur.

Combien fut rapide la fortune scientifique du jeune savant qui se révélait par les plus remarquables travaux ! Chirurgien des hôpitaux à vingt-huit ans (à sa seconde année de doctorat), membre de l'Académie de médecine à trente et un, et à quarante professeur de la Faculté. Le couronnement de ces honneurs fut sa nomination à l'Académie des sciences. Membre de l'Institut pendant vingt-huit années, il aurait pu y fêter ses noces d'argent, comme à l'Académie de médecine furent célébrées ses noces d'or académiques.

Certes une si prompte et si éclatante fortune ne pouvait être que la juste récompense d'un mérite supérieur et des plus brillantes qualités de l'esprit et du cœur. Savant encyclopédique, clinicien d'une merveilleuse sagacité, opérateur élégant et habile, professeur accompli, il ne possédait pas à un moindre degré les qualités de l'homme du monde ; esprit fin et lettré, il unissait à la variété du savoir, les séductions de la parole ; la droiture et l'amour de la justice, une tolérance constante (qui n'était pas l'indifférence) ; l'aménité et une bienveillance inaltérable faisaient le fond de son heureux caractère.

Parmi tous ces mérites,

A qui donner le prix? Au cœur, si l'on m'en croit,

répondrai-je avec le poëte. Et, en effet, son cœur avait la bonté, cette vertu qui les contient toutes, la bonté qui est le charme de tous les âges et la grâce suprême du vieillard.

Ce qu'il me plaît de louer ici, c'est sa bienfaisance dont il nous donnait une preuve hier encore ; ce sont ses actes charitables où Mme Cloquet était à moitié de tous.

M. Cloquet vient de s'éteindre dans le couchant lumineux de sa gloire et au milieu d'un bonheur intime dont Mme la baronne Cloquet était, depuis de longues années, l'aimable gardienne : l'Association perd son bienfaiteur, mais la bienfai-

trice reste, et sans doute elle trouvera un allégement à sa profonde douleur dans la continuation de ses bonnes œuvres; elle mettait la grâce dans les bienfaits communs : combien vive serait la gratitude de nos pauvres confrères si elle voulait y mettre la constance.

Un de nos plus grands deuils encore est celui d'Amédée Latour : que de sympathies, que d'admirations, que d'amitiés il a conquises, pendant ces vingt-cinq années qu'il a passées à créer, à soutenir, à développer, à affermir sur des bases inébranlables l'institution si puissante que nous formons aujourd'hui. Aussi quelle émotion dans les cœurs lorsqu'a retenti la nouvelle de sa mort et que nous avons vu succomber aux atteintes redoublées de la maladie le courageux lutteur longtemps invaincu.

Pour rendre à Latour un hommage digne de lui, le Conseil a chargé M. Gallard, un ami de toute sa vie, d'être dans cette solennité l'interprète et comme le représentant de tous, et de retracer dans un *Éloge* les phases de cette noble existence. Quant à nous, le meilleur moyen d'honorer la mémoire d'Amédée Latour, c'est de nous inspirer de son exemple et de continuer, lui mort, à travailler à la prospérité et à la grandeur de l'Association. N'oublions pas non plus qu'en votant, comme une sorte de récompense nationale, une pension à notre Secrétaire général honoraire, nous nous engagions à acquitter une dette, et cette dette, vous penserez avec moi que la mort ne l'a pas éteinte.

Je viens de vous rappeler nos afflictions récentes, et M. Foville, le distingué secrétaire général que vous applaudirez tout à l'heure, en complètera le récit : il payera un juste tribut de louanges et de regrets à nos anciens collaborateurs dans le bien, aux Présidents que les Sociétés locales ont perdus.

Mais, après nos tristesses, je veux vous faire part de nos joies : Et d'abord je me féliciterai avec vous de la prospérité constante de l'Association générale qui compte, en 1883, plus de quatre cents membres nouveaux, chiffre considérable et fort rassurant, par ce vent qui souffle vers d'autres Associations. Nous nous féliciterons surtout du progrès incessant de notre richesse et de l'accroissement continu de cet admirable trésor qui ne se dépense qu'en bienfaits. Au train dont vont les libéralités de nos donateurs, le temps n'est pas éloigné où l'Association sera deux fois millionnaire. A qui est due cette prospérité inouie? A l'émulation des Sociétés locales qui augmentent le taux de leurs subventions; à notre trésorier, M. Brun, magistrat heureusement inamovible, et, il faut bien le dire aussi, à notre constitution légale; car, grâce aux privilèges accordés aux Sociétés de secours mutuels approuvées, c'est la République elle-même qui a la garde de nos finances, qui grossit nos fonds par un intérêt exceptionnel, et qui les met à l'abri des exportations en Belgique, terre privilégiée des caissiers périodeutes.

Comme les années précédentes, les dons ont afflué : sur la liste des contributeurs habituels, je retrouve les noms de MM. Gosselin, baron Larrey, Brun, Foville, fonctionnaires élus dont l'absolu désintéressement est bien contraire aux principes administratifs de la démocratie; j'y vois figurer les membres du Conseil, MM. Bergeron, Bucquoy, Burdel, Hérard, Horteloup (chez nous les conseilleurs sont les payeurs, contrairement au proverbe). A ces noms s'ajoutent ceux de MM. Leroy-Dupré, Rotureau, Pfeiffer, Bourdin et Bonnafont, souscripteurs libres et non moins libéraux. Une mention spéciale est également due à M. Lannelongue qui, répétant ses largesses, prend la douce accoutumance de secourir les infortunes confraternelles.

J'arrive aux munificences extraordinaires : M. Ricord a doublé son versement annuel, comme don de joyeux avénement.

M. Vidal a fait abandon de la récompense que lui avait décernée l'Académie de médecine : il a gardé pour lui l'honneur et laissé l'argent à nos affligés.

M. Grancher a remis entre nos mains une somme importante, en son nom et en celui de Mme Grancher; unissons-les dans nos remerciements, comme ils se sont unis dans la charité.

Pour une libéralité semblable, MM. les docteurs Krishaber et Martineau ont joint chacun à leur nom celui d'une personne étrangère à la médecine : je soupçonne que sous cette double appellation se dissimule un acte de désintéressement commun chez nos sociétaires.

M. Bancel, vice-président de la Société de Meurthe-et-Moselle, avait manifesté l'intention de léguer un souvenir à la Caisse des pensions. La famille, que ne liait aucun contrat, a spontanément fait droit à ce vœu.

De même M. Davaine, fils de notre célèbre confrère, a voulu, par une offrande personnelle, perpétuer parmi nous la mémoire de son père regretté.

Les étudiants des Facultés de droit et de médecine de Montpellier avaient organisé un bal au profit des pauvres : après la distribution d'une somme de 5,000 fr., il restait un reliquat de plus de 600 francs qu'un vote unanime a attribué à l'Association générale des médecins de France; l'acte gracieux de ces jeunes bienfaiteurs nous touche d'autant plus qu'il semble préparer, entre la nouvelle génération médicale de Montpellier et notre vieille Société, une union désirée depuis longtemps et dont nos confrères de Béziers ont déjà donné l'exemple.

Il y a une dizaine d'années, une vieille fille, cliente de M. Potain, le quittait pour se confier à l'homœopathie : elle en mourait bientôt. N'ayant pas d'héritiers directs, elle consacra sa fortune à des institutions charitables. Par une bizarre et heureuse inconséquence, elle se souvint, dans son testament, des vrais médecins qui l'avaient soignée autrefois, et elle léguait 10,000 francs à M. Potain. Lorsqu'après des délais prolongés notre très honorable confrère fut mis en possession de cet héritage qui lui appartenait légalement, il en fit aussitôt deux parts, l'une pour l'érection d'un buste à Laennec, et l'autre, la plus forte, pour la Caisse des pensions. Ainsi l'éminent professeur aura rendu hommage à Laennec dont il est un des plus savants disciples, et le confrère excellent aura satisfait la générosité de son cœur.

Enfin, le plus fort subside qui doit nous échoir est le legs de 10,000 francs fait à l'Association par le docteur Campbell, l'habile et aimable gynécologiste : il y a trois jours, notre trésorier recevait du Ministère de l'intérieur l'autorisation officielle de toucher ce legs; il est pourtant fort à craindre que nous n'ayons à l'attendre longtemps, car des héritiers ont opinément surgi en Amérique : ces Yankees avides ne sont pas moins de quarante-cinq à disputer l'héritage; et naturellement, suivant le mode américain, ils se sont formés en syndicat.

Chers collègues, pendant que je racontais les nombreux actes de bienfaisance qui ont marqué l'année 1882, pendant que je retraçais le touchant tableau des charités confraternelles, ne vous a-t-il pas semblé que j'écrivais un chapitre de *La morale en action?* Comme conclusion à ce chapitre, j'offre à l'Association un don de 1,500 francs.

M. Brun, Trésorier, expose la situation financière de l'Association générale :

Messieurs,

Vingt-cinq années se sont écoulées depuis la fondation de l'Association générale; sans nous arrêter sur les critiques du début, que presque toutes les institutions nouvelles, même des meilleures, ne peuvent éviter, nous pouvons dire que ce n'est pas sans épreuves que l'Association est parvenue à la situation morale et financière qu'elle possède aujourd'hui.

La mort de son illustre fondateur, M. Rayer, son premier président, les évènements de la guerre civile et de la guerre étrangère, les difficultés éprouvées pour la révision de nos Statuts, la retraite de M. Tardieu, la longue maladie de M. Amédée Latour, sont autant d'incidents qui n'ont pas laissé d'apporter quelque trouble dans son fonctionnement.

Mais l'édifice construit était solide, aucun choc n'a pu l'ébranler et notre bien cher Secrétaire général a pu nous quitter avec la certitude que la direction de cette Association qu'il a tant aimée restait en bonnes mains et que son œuvre ne périrait pas.

L'an dernier cette Asemblée, soulevée par la voix éloquente de notre éminent collègue, M. Pénard, président dé la Société de Versailles, acclama la proposition qui lui fut faite de donner un témoignage éclatant de sa gratitude, pour services rendus, à notre bien cher secrétaire général, M. Amédée Latour; son grand cœur fut touché de cet hommage si mérité, mais il n'en eut que la satisfaction morale, quelques semaines après notre réunion, la mort étendait sur lui son voile; il répose désormais sous les ombrages de Châtillon! il ne vit plus que dans nos souvenirs!

Dans ces conditions, votre Conseil général a pensé se rendre l'interprête de vos sentiments en reportant sur sa veuve le bénéfice de vos dispositions généreuses de l'an dernier, et il se flatte de votre approbation pour les mesures qu'il a prises à ce sujet.

Et puisque nous parlons de ceux qui ne sont plus, laissez-moi réveiller un souvenir devenu une actualité.

En 1868, il y a quinze ans, mourait à Paris François Barthez, médecin principal de l'armée, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy; il était des nôtres, membre de la Société centrale, il aimait l'Association, et, en mourant, il lui fit un legs de 4,000 fr.; nous pensions le toucher sans difficulté, mais il n'en fut rien; des oppositions, — des revendications, — des procès de tous genres, auxquels nous étions du reste étrangers, — la guerre, — la dépréciation des immeubles de Vichy qui formaient le gros de la succession, tout contribua à entraver la liquidation de l'avoir, et bien des années se passèrent sans que nous puissions, malgré des démarches incessantes, obtenir la délivrance du legs fait à notre Association; enfin, il y a deux ans, on put entrevoir un résultat possible. La succession étant fort diminuée, les legs ne pouvaient être payés en totalité. Une contribution fut ouverte, votre Trésorier s'y fit représenter par une avoué intelligent, et l'été dernier nous pouvions enfin, après quatorze ans d'attente, toucher notre legs, amoindri et réduit tous frais payés, à la somme de 2,570 fr. 50 qui va figurer dans les comptes de l'Exercice de 1882.

Un autre legs, celui du docteur Campbell, qui a donné 10,000 fr. à l'Association, nous a causé bien des soucis depuis trois ans; enfin le décret d'autorisation a été rendu par le chef de l'Etat; nous en sommes nanti; et nous allons nous mettre en mesure d'encaisser la somme léguée, mais qui ne se trouvera pas de 10,000 fr,, notre honoré confrère ayant oublié dans son testament de nous exonérer des frais et droits de succession qui sont considérables pour legs faits en dehors de la famille.

Mais tout ceci est du budjet extraordinaire, arrivons aux comptes de l'Exercice 1882.

CAISSE GÉNÉRALE

RECETTES.

La Caisse générale s'alimente par les versements des Sociétés locales et par les intérêts de ses fonds placés à la Caisse des dépôts et consignations.

Les Sociétés locales ont versé à la Caisse générale pendant le dernier Exercice la somme de 22,292 fr. 04 provenant :

1° Des droits d'admission pour	5.058 »
2° Du dixième des cotisations	9.579 58
3° Du dixième des revenus	2.575 46
4° Du remboursement de 5,079 *Annuaires*	5.079 »
Les intérêts des fonds ont produit la somme de	3.675 15
Si à ces sommes nous ajoutons l'encaisse du Trésorier au commencement de l'exercice de	7.731 24
nous avons une somme totale de	33.698 33

dont votre Conseil a réglé l'emploi comme suit:

EMPOIS DES FONDS ET DÉPENSES

FONDS GÉNÉRAUX

Frais d'Administration, impressions, circulaires, frais de Secrétariat et de Trésorerie	1.929 05
Loyer, contributions, chauffage, éclairage	1.054 70
Gratifications et frais divers	900 10
Impression et distribution de l'*Annuaire*	5.889 55
Subventions diverses	1.352 »
Délégation à la Société centrale de portion du legs Pilliot	450 »
Somme versée au compte de Fonds de retraites	15.000 »
Total	26.575 40

Et votre Trésorier a conservé en Caisse pour le payement du prochain *Annuaire* et pour satisfaire aux premiers besoins de l'Exercice, la somme de. 7.122 93

Somme égale aux recettes.......... 33,698 33

CAISSE DES PENSIONS

La Caisse des Pensions viagères, qui l'an dernier possédait la somme de 706,000 fr. 77, a augmenté son capital pendant le dernier Exercice de la somme de 60,487 fr. 13; il est donc aujourd'hui de 766,487 fr. 90.

Cette augmentation provient : 1° de dons particuliers et legs, pour la somme de 16,367 fr. 30.

Les principaux donateurs ont été pour le dernier Exercice.

MM. Potain (le professeur)..........	4.000 fr.
Cloquet (le baron)..............	2.000
Henri Roger	1.500
Grancher (et Madame)..........	1.000
Lannelongue	1.000
Bergeron (Jules)...............	500
Ricord	500
Martineau et Dujardin	300
Bancel, de Toul................	300

Les autres donateurs sont MM. Bonnafont, Bourdin, Brun (Auguste), Bucquoy, Burdel, Campardon, Foville, Gosselin, Hérard, Horteloup, Krishaber, Larrey (baron), Le Bailly, Leroy-Dupré, Marjolin (Georges), Pfeiffer, Reynier (Paul), Rotureau, Wickham (Georges). Enfin le legs Barthez de 2,570 fr. 50 et le don de 621 fr. 50 par les Etudiants des Facultés de Montpellier.

2° Des versements par les Sociétés locales, pour la somme de 16,801 fr. 28.

L'année précédente, les mêmes Sociétés avaient versé 18,159 fr. 97.

Il n'y a donc pas eu progrès de ce côté, malgré nos instantes prières aux Sociétés locales de renoncer au système de thésaurisation que plusieurs ont adopté au grand dommage de notre Caisse des pensions viagères.

Les Sociétés de secours mutuels sont faites pour donner et non pour thésauriser.

Quand une Société possède une certaine réserve, pourquoi vouloir l'augmenter indéfiniment ? N'a-t-elle pas la Caisse des pensions pour l'exonérer de ses plus fortes charges, et ne peut-elle pas, au besoin, recourir à la Caisse générale qui ne lui refusera jamais ses subventions?

Dans les conditions où nous nous trouvons, le particularisme exagéré a de bien grands inconvénients. Si les Sociétés locales donnaient seulement à la Caisse des pensions le quart de ce qu'elles possèdent, nous pourrions rapidement porter à 600 francs le taux de toutes les pensions.

Mais, reconnaissons-le de suite, plusieurs Sociétés ont fait preuve d'une grande vaillance

La Société de Châtillon-sur-Seine a droit à une mention spéciale. — Composée d'une vingtaine de membres seulement, — possédant un modeste capital de 1,500 francs, elle a versé cette année à notre Caisse des pensions la somme de 500 francs! et ce n'est pas la première fois! D'autres Sociétés, aussi sans parler de la Société centrale, ont fait des versements importants :

De la Société	de la Gironde	1.000 fr.
—	des Deux-Sèvres	500
—	de la Haute-Garonne....	438
—	de la Marne	315
—	de l'Allier	300
—	du Nord	300
—	de Maine-et-Loire.......	300

Le complément de la somme a été fourni par 71 autres Sociétés locales.

La Caisse possède un certain nombre de rentes constituées, les semestres encaissés ont été de 1661 francs.

Enfin la Caisse des Dépôts et Consigations a capitalisé au profit de notre Caisse des pensions la somme de 10,657 fr. 55.

La somme totale possédée par la Caisse des pensions se répartit aujourd'hui comme suit

1° Pour le service des pensions actuelles à la Caisse de la vieillesse.... 448.595 »
2° Pour la création de nouvelles pensions au compte des fonds de retraites 313.751 03
3° En caisse du Trésorier 4.141 87

Il faut remarquer que la somme de 313,751 fr. 03, pour création de pensions nouvelles sera déchargée dès demain de 144,430 francs, si vous votez toutes les pensions qui vous seront demandées, de telle sorte qu'après le vote

La somme employée en pensions sera de .... 593.025 »
La somme disponible pour les pensions nouvelles de.................. 169.321 »

M. Durand-Fardel vous donnera de plus amples explications sur la statistique des pensions viagères de l'Association, nous nous bornerons aux énonciations suivantes :

L'an dernier, après le vote de l'Assemblée générale, notre Caisse comptait 66 pensionnés pour une somme de 27,800 francs de rente. Pendant le dernier Exercice, huit Sociétaires sont décédés recevant 3,800 francs de rente.

Demain M. le Rapporteur de la Commission vous proposera la création de treize nouvelles pensions pour 5,400 de rente et des augmentations pour sept pensions anciennes, pour 1,100 francs de rente.

L'Association aura alors 71 pensionnés pour 30,500 francs de rentes.

Dans le Bilan de l'Association générale qui sera publié dans le prochain Annuaire, vous pourrez remarquer qu'une somme de 1,679 francs qui figurait dans la somme des fonds non disponibles déposés à la Caisse des dépôts et Consignations est portée maintenant dans la somme des fonds disponibles.

Cette somme de 1,679 francs provient de l'ancienne Société de la Moselle. Lorsque cette Société, dont le siège était à Metz, se trouva par suite d'une guerre malheureuse sous la domination étrangère, elle fut forcée de se dissoudre ; en prononçant sa dissolution, elle décida que le résultat de sa liquidation serait versé à la Caisse générale de l'Association, avec cette réserve que, si dans l'intervalle de dix années elle pouvait parvenir à se reconstituer, cette somme lui serait rendue.

Dix années se sont écoulées, les circonstances n'ont pas changé, par mesure de comptabilité, nous avons porté aux fonds disponibles la somme de 1,679 francs, mais nous ne croyons pas trop nous avancer en assurant à nos bien regrettés confrères de Lorraine que, si à une époque quelconque leur Société parvenait à se reconstituer et s'ils pouvaient rentrer au foyer de l'Association, ils y retrouveraient le capital qu'ils nous ont confié et que nous ne considérons que comme un dépôt temporaire.

La parole est donnée à M. Foville, secrétaire général, pour la lecture de son rapport sur les actes de l'Association générale pendant l'année 1882 :

Messieurs,

Appelé, par la bienveillance de vos suffrages, à occuper les fonctions de secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, j'aurais pu entreprendre de faire, ici, l'éloge de mon éminent prédécesseur, M. le docteur Amédée Latour. Le meilleur moyen de me concilier votre faveur, en prenant, pour la première fois, la parole devant vous, n'aurait-il pas été de vous entretenir de celui qui, pendant une longue carrière, n'a cessé d'être le plus vaillant champion de la solidarité médicale, le promoteur le plus actif des idées de confraternité, de celui qui, depuis vingt-cinq ans, a été l'âme même de votre Association?

Sans doute, il eût été de mon intérêt de me présenter à vous en m'abritant sous un pareil patronage ; il aurait été doux pour moi de rendre un hommage public à un homme qui doit conserver une si grande place dans nos esprits et dans nos cœurs, de vous rappeler les principaux traits de son œuvre, dans laquelle tout ce qui touche aux intérêts scientifiques, moraux et professionnels du Corps médical, a toujours tenu le premier rang.

Mais j'avais peu de titres personnels à un pareil honneur. C'était, en effet, à un collaborateur, à un confident, à un ami de longue date, qu'il appartenait de prononcer devant vous l'éloge d'Amédée Latour, et, à tous ces points de vue, nul n'était mieux qualifié que M. Gallard.

Dans ma bouche, la louange n'aurait été ni moins respectueuse, ni moins sincère, mais elle n'aurait pas pu être exprimée avec cette plénitude d'informations, ce cachet d'intimité que de longues relations personnelles permettent seules d'atteindre, et qui ajoutent tant à la saveur d'une biographie.

Tout cela, M. Gallard peut vous l'apporter à pleines mains, et il le fera avec d'autant plus

d'empressement qu'au plaisir de mériter vos suffrages s'ajoutera, pour lui, la satisfaction que donne le sentiment du devoir accompli.

Je ne doute pas, Messieurs, que dans un instant vous ne le récompensiez par vos applaudissements. Permettez-moi de le remercier, dès maintenant, en mon nom personnel, d'avoir bien voulu accepter cette pieuse mission, et d'avoir ainsi assuré à la mémoire d'Amédée Latour un hommage qui fût réellement à la hauteur des services rendus par lui à l'Association.

La tâche qu'il me reste à remplir est beaucoup plus modeste. Je n'en ai pas moins besoin de toute votre indulgence; j'ose espérer, Messieurs, que vous ne me la refuserez pas.

Nous n'en avons pas fini, malheureusement, avec les deuils. La mort ne se lasse pas de frapper dans nos rangs, et elle s'adresse surtout à ceux qui sont arrivés le plus près des sommets; aussi ai-je à vous signaler bien des pertes cruelles subies par l'Association.

Je ne ferai que mentionner la mort toute récente de notre vice-président honoraire, M. le docteur Jules Cloquet, véritable Nestor de la médecine française; M. Roger vient de vous parler de lui en termes tels que je ne saurais prétendre y rien ajouter. Il en est de même de M. Woillez, membre du Conseil général.

Nous avons à déplorer la perte de cinq présidents de Sociétés locales : MM. George, d'Alger; Seguret, de l'Aveyron; Penquer, du Finistère; Lachenal, de la Haute-Savoie, et Claudot, des Vosges.

M. le docteur George, de Bouffarik, avait été, pendant plusieurs années, vice-président de l'Association des médecins d'Alger, lorsqu'en 1881 il fut appelé à la présidence, qu'il n'a pu occuper que pendant quelques mois, car la mort le frappait au commencement de 1882.

La présidence de M. le docteur Séguret, de Rodez, a été tout aussi éphémère. Occupant une place élevée dans le Corps médical de l'Aveyron et dévoué sans partage à ses devoirs professionnels, il avait considéré comme l'honneur suprême de sa carrière d'être nommé, en 1881, au premier rang de l'Association des médecins de son département, dont il avait été, depuis la fondation, le secrétaire plein de zèle. Le 23 août 1882, il présidait l'assemblée générale de cette Société pour la première et la dernière fois; sa santé était déjà très sérieusement compromise, et, quelques semaines après, il succombait, âgé de 66 ans.

Le docteur Penquer avait été nommé président de l'Association des médecins de l'arrondissement de Brest, lors de la fondation, en 1863, et il est resté à la tête de la Société, pour laquelle son affection ne s'est jamais ralentie, jusqu'au jour où il a été frappé par la mort, en décembre 1882, à l'âge de 73 ans. Sa carrière avait été des plus brillantes; il navigua, d'abord, comme médecin de marine; puis il fit un séjour de plusieurs années à Paris, où il fut le disciple assidu de Récamier. Reçu docteur, il tint à revenir en Bretagne, où il était né et où l'appelaient ses plus chères affections. Il se fixa donc à Brest, et il ne tarda pas à se placer au premier rang dans l'estime de ses concitoyens. Aussi, à l'heure des dangers et des épreuves, fut-il nommé maire de la ville; il occupa ces fonctions, pendant dix ans, de la manière la plus honorable. Il était, en même temps, président du Conseil général du Finistère. M. le docteur Caradec, secrétaire de l'Association des médecins de Brest, a prononcé un éloge ému et éloquent de ce président si profondément regretté. « Penquer, a-t-il pu dire, n'a été « étranger à rien de ce qui est beau, de ce qui est bon, de ce qui est grand. » Comment faire, en aussi peu de mots, un plus bel éloge ?

Le docteur Lachenal était, comme Jules Cloquet, un des vétérans de notre profession; c'est à l'âge de 87 ans qu'il a été atteint par la mort, dans les premiers jours de février 1883. Peu d'existences ont été mieux remplies que la sienne. Il avait été, autrefois, député au Parlement sarde et sous-secrétaire d'état au Ministère de l'intérieur, à Turin; comme gouverneur de la Savoie, il présida aux opérations dont le résultat fut de rendre cette province à la France, et, à cette occasion, il fut nommé commandeur de la Légion d'honneur. Les dignités politiques ne l'avaient pas détaché des intérêts médicaux, et ce fut lui qui, en 1865, fut le principal promoteur de la formation de la Société locale de la Haute-Savoie et de son agrégation à l'Association générale. Nommé président à cette époque, il n'a jamais cessé de l'être; le 7 octobre 1882, il présidait encore, à Annecy, l'assemblée générale de la Société et y prononçait une allocution pleine de cœur et de jeunesse; bel exemple d'une verte vieillesse et d'une sollicitude persistante pour les intérêts de la profession à laquelle il appartenait.

Le docteur Claudot était âgé de 66 ans lorsqu'il est décédé, le 9 février dernier. Il avait longtemps pratiqué la médecine à Neufchâteau et s'était retiré à Eloyes. Les services rendus à ses compatriotes l'avaient fait nommer sénateur des Vosges, aux élections de 1876. C'est la même année qu'il avait été porté à la présidence de l'Association des médecins de son département.

Plus nombreuses encore sont les victimes faites parmi les présidents honoraires et les vice-

présidents de nos Sociétés. C'est avec recueillement et déférence que nous devrons rappeler ici des noms tels que ceux de Flaubert, de Rouen, qui a survécu de bien peu à son frère, le littérateur célèbre; de Lambron, qui, après avoir été longtemps président de la Société du l'Indre et s'être fait un si grand nom dans la médecine thermale des Pyrénées, s'était retiré à Nice et était devenu, dans sa vieillesse, un des promoteurs de la jeune Société des Alpes-Maritimes; de Rolland, nommé le premier à la présidence de la Société de l'Yonne; de Meschinet, des Deux-Sèvres; de Martin, de la Nièvre. Signalons encore le décès de trois de nos associés qui étaient députés, MM. Vinatier, de l'Allier; Soye, de l'Aisne; Tiersot, de l'Ain.

La place me manque, ici, pour honorer le mérite de tous ces confrères comme il devrait l'être; mais les Bulletins des Sociétés dont ils faisaient partie, leur ont rendu, à tous, un hommage juste et mérité.

A côté de ces noms connus, combien d'autres confrères n'avons-nous pas perdus, qui ont vaillamment servi la cause de la science et de l'humanité, bien que leur réputation n'ait guère dépassé les limites des lieux témoins de leur labeur quotidien et de leur inaltérable dévouement. A tous nos collègues décédés, dont le nombre, d'après les renseignements qui nous sont parvenus, est d'environ 140, nous devons l'expression de nos regrets; ne les oublions pas dans ce jour consacré par excellence à la confraternité médicale, et unissons-nous pour leur adresser, comme suprême adieu, un souvenir inspiré par l'émotion et le regret.

Après avoir déploré nos pertes, nous sommes heureux d'adresser nos compliments de bienvenue à nos nouveaux adhérents, dont le nombre connu est de 470.

Et d'abord, Messieurs, j'ai le plaisir de vous annoncer que, dans un des rares départements français où notre Association n'était pas encore représentée, dans celui de Constantine, en Algérie, il s'est formé une Société locale qui s'est empressée de demander à être agrégée à l'Association générale. Composée, dès le début, de 40 membres et présidée par l'honorable docteur Hinglais, elle a rempli les conditions statutaires, et le Conseil général a prononcé son admission, dans sa séance du 13 octobre 1882.

Comme M. Martineau vous l'avait donné à espérer, l'année dernière, une Société nouvelle, constituée en grande partie des mêmes éléments que la précédente, s'est reconstituée dans les Basses-Pyrénées; elle a établi son siège à Bayonne, et a réélu l'ancien président, M. le docteur Dutournier. Les statuts de la nouvelle Société ont été approuvés le 22 septembre 1882.

L'Association se compose donc actuellement de quatre-vingt-seize Sociétés locales, et elle compte environ 8,250 membres. Espérons qu'elle ne s'arrêtera pas, tant qu'elle aura encore des conquêtes à faire.

Plusieurs des Présidents dont vous regrettez, avec nous, la mort récente, n'ont pas encore été remplacés, du moins à la connaissance du Bureau. Mais nous pouvons déjà féliciter, à l'occasion de leur promotion à la présidence de leurs Sociétés, MM. les docteurs Morvan, du Finistère, et Trollard, d'Alger.

Plus heureux que ces honorables confrères, M. le docteur Demange père, de Nancy, a pu monter au fauteuil de la Société de Meurthe-et-Moselle, sans avoir à porter le deuil de son prédécesseur; le vénérable docteur Simonnin, qui était, depuis longtemps, membre de votre Conseil général avait demandé, lui-même à résigner un honneur que l'âge rendait trop pesant pour lui.

De même M. le docteur Sassier, de vice-Président de la Societé de Saône-et-Loire, en est devenu le Président par suite de la retraite volontaire de M. le docteur Perrusset.

La fortune de l'Association continue à suivre une marche ascendante; d'après les relevés faits avec grand soin par M. Martineau, mais qui sont malheureusement incomplets, parce que, malgré nos sollicitations réitérées, plusieurs Sociétés locales ne nous ont pas adressé l'état de leur situation financière, l'avoir des Sociétés locales et de la Société centrale doit s'élever actuellement à 818,470 fr. 98.

Quant à la Caisse des retraites, elle progresse de plus en plus : tout récemment, M. Brun a pu y faire, en bloc, un versement de 50,000 francs, auxquels se sont ajoutés plus de 10,000 francs d'intérêts. L'avoir de la Caisse des retraites s'élève, à la date d'hier, à 766,487 fr. 90, avec une augmentation de 60,000 francs sur le bilan de 1882; jamais un accroissement aussi considérable ne s'était produit d'une année à l'autre.

Enfin, il résulte du rapport de M. Brun qu'à la même époque, l'avoir de la Caisse générale était de 88,792 fr. 93.

En ajoutant ces trois sommes, on voit que l'encaisse total de l'Association générale des médecins de France peut être évalué de la manière suivante :

Caisse générale	88,792 93
Caisse des pensions	766,487 90
Sociétés locales et Société centrale	818,470 98
Total	1,673,751 81

Ajoutez à cela les rentes constituées, tant au profit de la Caisse des retraites, que des Caisses locales, et qui s'élèvent à un ensemble approximatif de 3,247 francs, et vous verrez que la fortune totale de l'Association des médecins de France peut être évaluée à 1,170,000 francs.

Quant aux secours alloués en 1882, en voici le relevé approximatif :

66 pensionnaires ont reçu	27,800 »
114 veuves, filles ou mères de sociétaires ont reçu	27,070 »
40 sociétaires ont reçu	12,150 »
37 personnes étrangères ont reçu	1,650 »
Total	68,670 »

En outre, l'Association a adopté neuf pupilles et elle pourvoit à leur éducation.

Le concours qu'elle donne aux familles des sociétaires décédés n'est pas seulement pécuniaire ; elle leur accorde, également, l'appui de son autorité morale. En ce moment même, la Société centrale veille avec sollicitude aux intérêts de la veuve d'un de ses anciens membres ; ce confrère, quelques années avant son décès, avait contracté une assurance sur la vie, mais la Compagnie a cru pouvoir contester à la veuve le payement de la somme assurée. De là un procès, dans lequel M. Vannesson, l'un des membres de notre Conseil judiciaire, est chargé de soutenir les intérêts de la famille et dont les frais ont été mis à la charge de la Caisse de la Société centrale.

Tels sont, Messieurs, les résultats obtenus tant par notre Caisse des retraites, que par les autres moyens d'assistance dont nous disposons. Ces résultats sont-ils satisfaisants?

C'est à vous, Messieurs, qu'il faut demander la réponse, et je dois dire qu'à cet égard, les rapports des Sociétés locales se montrent généralement satisfaits. On s'accorde à reconnaître qu'en ce qui concerne l'assistance, et en tenant compte de la modicité de la cotisation, le but poursuivi par l'Association est largement atteint.

En voulez-vous un exemple ; écoutez ce passage du dernier compte rendu de M. le Trésorier de la Gironde. Après avoir constaté que jusqu'à ce jour, 28,211 francs ont été versés à la Caisse des retraites par la Société dont il administre les finances, il ajoute : « J'ai entendu « dire que nous aurions eu plus d'avantage à garder cette somme qu'à nous en dessaisir. En « supposant que nous ayons pu le faire, les chiffres ne nous permettent pas de partager cette « opinion. Qu'aurions-nous fait avec ces 28,211 francs? Nous aurions pu faire un placement « sur l'État et obtenir 1,000 et quelques francs de rente annuelle. Mais la Caisse de Paris a « mis entre les mains de nos pensionnés des titres qui leur procurent 2,100 francs de rente, « c'est-à-dire la rente d'un capital supérieur à 55,000 francs. Pour une somme envoyée, « nous recevons l'intérêt d'un capital double. Le placement ne saurait être blâmé, car il est « très avantageux. » Quoi de plus démonstratif!

Nous devons avouer, cependant, qu'à côté de nombreuses marques d'approbation, nous avons reçu, d'un des membres du Conseil général, des reproches motivés sur l'insuffisance des pensions votées.

Ces reproches, Messieurs, loin de nous affliger nous ont été particulièrement agréables ; au lieu de les voir isolés, nous voudrions qu'ils fussent unanimes. A ce mal, en effet, le remède est facile et il ne dépend que de vous. Que tous les membres de l'Association souffrent, comme notre honorable Censeur, de l'exiguïté des pensions actuellement données, et tous travailleront, avec ardeur, aux moyens d'accroître ce chiffre. La Caisse des retraites, cela va de soi, ne peut donner qu'à condition de recevoir ; vous désirez à juste titre qu'elle donne beaucoup ; ne négligez rien de ce qui peut faire monter ses recettes.

Pour cela, il faut d'abord, provoquer sans cesse de nouvelles adhésions ; nous comptons, parmi nous, la moitié environ des médecins de France, et nous en sommes justement fiers. Mais pourquoi une moitié nous échappe-t-elle encore? Beaucoup d'abstentions ne tiennent-elles pas moins à la volonté arrêtée de ne pas se joindre à nous, qu'à une sorte d'indifférence dont il serait possible de triompher par les efforts continus d'une persuasion amicale ? Notre cause est de celle pour lesquelles on peut, sans scrupule, se faire solliciteur.

Engageons, d'autre part, les membres de l'Association à payer, bénévolement, une cotisation

exceptionnelle, supérieure à la cotisation réglementaire, mais à condition que toute l'augmentation soit versée dans la Caisse des retraites. Un quart, déjà, des membres de la Société centrale donnent ce bon exemple, et ils ont trois cents imitateurs dans les autres Sociétés; puisse le nombre de ces derniers aller toujours en augmentant!

On peut encore enrichir notre Caisse des retraites en lui faisant des libéralités, soit par dons manuels, soit par dispositions testamentaires; M. Brun vient de vous dire que, cette année, il avait ainsi reçu plus de 16,000 francs. Ce moyen, sans doute, n'est pas à la portée de tout le monde; mais les favorisés de la fortune et du succès professionnel le mettent en pratique avec une générosité que vous connaissez de longue date, et à laquelle vous ne vous lasserez pas plus de donner vos applaudissements, qu'ils ne se lasseront de les mériter. A qu doit-on d'avoir pu devancer de plusieurs années l'allocation des premières pensions? N'est-ce pas surtout à ces généreux donateurs dont M. le Président vient de vous nommer quelques-uns, en s'oubliant lui-même, alors qu'il aurait tant de droits à dire :

Et quorum pars magna fui.

Enfin, votre bureau ne se lassera pas de solliciter un concours de plus en plus large de la part des Sociétés locales. Dans bien des cas, les allocations facultatives votées par ces Sociétés pourraient être notablement accrues, sans qu'il en résultât, pour elle, aucun inconvénient. Certaines Sociétés, même parmi celles dont les réserves sont modestes, se montrent très généreuses pour la Caisse des retraites. D'autres, au contraire, et des plus riches, paraissent surtout préoccupées d'augmenter leurs réserves particulières. Dans quel but thésauriser ainsi? A partir du moment où les besoins actuels d'une Société sont largement assurés, à quoi peut servir l'accroissement progressif de sa réserve? Pourquoi laisser s'accumuler, dans une Caisse locale, des fonds qui n'y ont aucun emploi? Pourquoi ne pas verser l'excédent de chaque année dans la Caisse des retraites? Rien ne serait moins dangereux, car s'il survenait quelque besoin local exceptionnel il serait toujours facile d'y pourvoir, le vote d'une allocation sur un exercice, n'engageant en rien pour les exercices suivants.

Décidez-vous donc, Messieurs, à nous envoyer tout votre superflu! Ce sera le meilleur moyen de faire fructifier votre fortune, et d'un seul coup vous réussirez à faire trois catégories d'heureux : ceux qui fournissent les éléments des pensions, ceux qui les votent, ceux surtout qui les reçoivent?

Nous ne devons pas seulement venir au secours des vétérans de la profession les plus éprouvés par l'infortune; l'Association se propose en outre de moraliser l'exercice de la médecine et de protéger les intérêts professionnels. Remplit-elle ce rôle?

Évidemment, Messieurs, elle ne fait pas tout ce qu'elle voudrait faire, et la législation qui régit encore l'exercice de la médecine lui oppose, à cet égard, des obstacles insurmontables, qui ne vous sont que trop bien connus; nous le déplorons tous. Mais, au moins, dans les limites étroites où l'Association est libre d'agir, fait-elle tout ce qu'elle peut?

A cette question, il est devenu de mode, dans ces derniers temps, de répondre par la négative, et plusieurs de ceux qui répondent ainsi seraient, peut-être, assez embarrasés s'ils avaient à justifier leurs reproches par des faits précis. Ici encore, pour arriver à la vérité, le mieux me paraît être d'interroger les rapports des Sociétés locales.

Faites-le, et vous verrez que les faits relatifs à la défense des intérêts professionnels y occupent une très large place; ils sont beaucoup trop nombreux pour que je puisse citer même les principaux; il faut nécessairement que je fasse un choix et que je sois bref; vous seriez les premiers à vous plaindre si je ne l'étais pas.

A défaut du droit d'ester en justice, à titre collectif et comme Société, la seule voie officielle ouverte aux membres de l'Association, pour réprimer l'exercice illégal de la médecine, consiste à se porter individuellement partie plaignante. Rien, à coup sûr, n'est plus légitime qu'une pareille revendication devant la justice, et cependant, malgré les dispositions bienveillantes de quelques tribunaux qui adoptent le principe du cumul des amendes, en nombre égal à celui des contraventions, l'ensemble des résultats obtenus est peu encourageant. Trop souvent, les poursuites intentées contre les charlatans aboutissent à l'impunité ou à des peines dérisoires; bien plus, elles leur servent de réclames et leur donnent, aux yeux d'un certain public, le prestige de la persécution. Ne s'est-il pas trouvé, dans un de nos départements du Midi, « deux magistrats dont l'un comblait d'éloges un dangereux rebouteur, tout en le « condamnant à une légère amende, et dont l'autre alla, immédiatement après l'audience, « réclamer les soins d'un médicastre femelle que, malgré des contraventions fort bien établies, « il venait d'acquitter? » (Compte rendu de la Société des Landes. Rapport de M. le docteur Louis Sentex, secrétaire.)

Toutes les poursuites, cependant, ne tournent pas aussi piteusement, et plusieurs Sociétés ont obtenu des condamnations d'une certaine importance. Dans le département du Cher, notamment, un des délinquants a été frappé d'un an de prison; dans celui de la Savoie, un rebouteur a dû payer 300 francs d'amende; à Perpignan, un praticien sans diplôme a été condamné à 500 francs.

Une décision plus importante est celle qui a été rendue par le tribunal de Carpentras, à l'égard d'un docteur en médecine, qui, déshonorant son diplôme, se faisait le comparse d'un charlatan et appliquait, conjointement avec lui, un spécifique universel, infaillible, dont il ne connaissait même pas la composition. Reconnu coupable d'exercice illégal de la médecine, par complicité, ce docteur, indigne d'un pareil titre, a été condamné en conséquence. La Cour de Nîmes, devant laquelle il n'a pas craint d'interjeter appel, a confirmé le jugement et a fixé ainsi un point intéressant et controversé de jurisprudence médicale.

Pour suppléer à l'impuissance relative de l'intervention officielle devant les tribunaux, l'Association, et les Sociétés qui la composent, peuvent recourir à des moyens officieux; elles en usent souvent et presque toujours avec de réels succès. A quoi les doivent-elles? A l'honorabilité des médecins qui les composent, à l'autorité scientifique et sociale dont jouissent les présidents et les membres des bureaux, à l'impartialité et à la modération reconnues des opinions qu'ils soutiennent.

Le rapport de M. le docteur Jougla. secrétaire général de la Société de la Haute-Garonne, contient deux exemples frappants de l'efficacité de cette action officieuse.

Un pharmacien de Toulouse annonçait, par les journaux et par l'affichage public, qu'il possédait des préparations souveraines pour faire cesser la stérilité et pour faire procréer, à volonté, des filles ou des garçons; le ton de ses réclames participait de l'exercice illégal de la médecine et de l'outrage aux mœurs. Prévenu officieusement par le bureau de l'Association de la Haute-Garonne, qui s'était concerté, à cet effet, avec l'Association des Pharmaciens du Sud-Ouest, le parquet de Toulouse fit mander ce pharmacien peu scrupuleux; les avis qui lui furent donnés en confidence suffirent pour le rappeler à l'ordre.

Un saltimbanque effronté, Italien d'origine, exerçant son art sur un char attelé de quatre chevaux et surmonté d'un bruyant orchestre, se pavanait sur les places publiques de Toulouse; non content d'arracher les dents, il pratiquait de véritables opérations chirurgicales, à l'aide du bistouri. Le président de l'Association se rendit auprès du commissaire central pour lui dénoncer ce praticien interlope. Invité à produire le diplôme, en vertu duquel il prétendait avoir le droit d'exercer, le saltimbanque se hâta de déguerpir du département.

Des succès de ce genre, pour être obtenus sans éclat, n'en sont pas moins fort appréciables; ils montrent que, par le seul prestige moral, l'Association a su se placer haut dans l'estime publique.

Voulez-vous une autre preuve de la confianee croissante qu'elle inspire? Dans plusieurs départements, les juges de paix et les présidents des tribunaux, lorsqu'ils sont saisis d'une contestation d'honoraires soulevée entre médecins et clients, ont pris spontanément l'habitude de demander l'avis du bureau de l'Association; il est bien rare que l'avis ainsi donné, à titre consultatif, ne soit pas adopté pour base de la décision.

C'est ainsi, notamment, que les choses se passent dans le Rhône. « Plusieurs affaires « d'honoraires contestés, dit M. le docteur Bourland-Lusterbourg, secrétaire général de la « Société de ce département, se sont présentées devant nous. Toutes nous ont été envoyées « par les juges compétents, qui, ne riez pas du jeu de mot, reconnaissant leur incompétence, « ont voulu, avant de trancher des questions qui n'étaient pas inscrites dans la jurisprudence, « avoir notre avis. Nous croyons pouvoir vous dire, avec un orgueil légitime, que, grâce à la « prudence avec laquelle de semblables débats ont été conduits par votre Commission, ses « avis ont toujours été écoutés. »

Ne devons-nous pas nous associer tous au secrétaire général du Rhône, lorsqu'après avoir rapporté ce fait, il ajoute: « C'est, à coup sûr, un des triomphes de l'Association, triomphe « peu bruyant il est vrai et à peine connu de beaucoup d'entre vous, affirmé cependant par « les résultats obtenus. »

En outre, l'Association s'occupe activement des nombreuses questions relatives aux services d'assistance publique, tels que ceux des bureaux de bienfaisance, de l'inspection des enfants du premier âge, de l'inspection des écoles, de la médecine cantonale, de l'hygiène publique. Son intervention, tantôt spontanée, tantôt provoquée par les administrations, est toujours accueillie avec déférence et très souvent couronnée de succès.

Certaines Sociétés se sont occupées de tracer les règles de conduite que les médecins

doivent observer dans les rapports qu'ils ont les uns avec les autres. Je vous citerai, en particulier, les règles professionnelles adoptées par les Sociétés de la Somme, du Loir-et-Cher, de la Nièvre, des Pyrénées-Orientales, de Toulouse. Votre bureau n'était-il pas dans le vrai en disant, récemment, dans une circulaire distribuée aux membres d'un des grands corps de l'Etat, que l'action moralisatrice exercée par l'Association, sur l'ensemble de la corporation médicale, se résumait en deux mots : La contagion du bon exemple.

Le Conseil général, de son côté, n'a pas failli à son mandat, et c'est aussi en employant les moyens de persuasion, en s'efforçant discrètement de faire régner partout l'esprit de concorde et de bonne harmonie, qu'il s'est appliqué à justifier la confiance dont vous l'avez honoré. Y aurait-il mieux réussi, s'il avait pris des allures belliqueuses, et s'il avait tenu à intervenir bruyamment devant les tribunaux ou dans la presse? Quelques faits vous permettront d'en juger.

Un conflit très vif s'était élevé entre plusieurs médecins d'une ville de province et le maire de cette ville. Un jeune confrère, nouveau venu, avait fait cause commune avec le maire, et la querelle, envenimée par la publicité des journaux, avait abouti aux provocations les plus violentes. La Société du département où se passaient ces faits crut devoir les déférer au Conseil général de l'Association. Ce Conseil n'aurait pu rendre une sentence officielle que s'il avait été érigé en tribunal d'honneur par le commun accord des deux parties, et ce n'était pas le cas. Il crut cependant devoir formuler une appréciation officieuse sur le regrettable conflit qui s'était produit; il a qualifié avec sévérité toute provocation entre médecins, a mis en relief les témoignages d'estime publique donnés à des confrères d'une haute honorabilité, dont les griefs étaient indiscutables; il a surtout rappelé, à tous, les principes de dignité professionnelle dont aucun membre du corps médical ne devrait jamais s'écarter, et a recommandé le retour aux idées de conciliation et de bonne harmonie. Aujourd'hui, le calme paraît rétabli, et l'intervention du Conseil général n'a pas été sans contribuer à cet apaisement.

Dans le même département, à la suite des réclamations d'un médecin contre la famille d'un client décédé, un tribunal eut à se prononcer sur le privilège du médecin pour les soins donnés au cours de la dernière maladie. Le tribunal avait parfaitement admis ce privilège; il avait reconnu, en même temps, par un des attendus du jugement, que les réclamations du médecin n'avaient rien d'exagéré; mais, néanmoins, il avait cru devoir réduire le montant de la créance, en invoquant le peu de fortune du client. Il y avait donc contradiction entre le considérant qui disait que la demande n'était pas exagérée et le jugement qui réduisait la créance.

La somme contestée étant inférieure à 1,500 francs, l'appel était impossible; mais on avait la ressource suprême du pourvoi en Cassation. La Société locale, quoiqu'elle fût assez disposée à encourager dans cette voie le médecin personnellement intéressé, voulut d'abord soumettre la question au bureau de l'Association, en le priant de prendre l'avis de son conseil judiciaire. Nos avocats pensèrent que le pourvoi en Cassation avait certaines chances d'être admis, et, par une générosité qui n'avait rien d'imprévu pour nous, notre éminent avocat, Me Bosviel, voulut bien mettre son talent à notre service, en stipulant d'avance qu'il n'accepterait aucun honoraire. Mais, en même temps, nos conseils firent observer que le nouveau tribunal, devant lequel le procès serait renvoyé, aurait toujours le droit de réduire la créance; seulement, cette fois, il fallait s'attendre à ce que les juges se gardassent bien de reconnaître que la réclamation de notre confrère n'était pas exagérée. Le prestige médical aurait donc pu, en fin de compte, y perdre plutôt qu'y gagner.

Ainsi renseigné, le Conseil répondit à la Société locale qu'en raison de la généralité du principe du privilège médical, l'Association générale prendrait à sa charge la moitié des frais du procès en Cassation, si ce procès avait lieu; mais, en même temps, il dut prémunir le médecin en cause contre le danger qu'il courait d'être traité par le second tribunal moins bien que par le premier. Nos recommandations ont été écoutées, car nous avons appris que le différend avait été réglé par une transaction.

Je vous citerai un dernier exemple d'intervention très efficace, quoique discrète et purement officieuse. Chez un malade affecté d'une blessure grave de la main, et constamment menacé d'hémorrhagies mortelles, le médecin traitant, après avoir appelé deux confrères en consultation, et avoir recueilli leur avis, s'était décidé à pratiquer l'amputation de l'avant-bras; peu après, la famille de l'opéré lui fit savoir qu'elle allait diriger contre lui une poursuite en dommages et intérêts. Le bureau de la Société locale de Cherbourg, dont ce confrère fit partie, s'adressa à M. Roger, lui demandant que l'Association générale voulût bien, dans cette circonstance, patronner le médecin mis en cause. Quelques jours après, notre président adressait, à Cherbourg, deux consultations écrites par deux de nos chirurgiens les plus éminents, qui, pleins de dévouement pour l'Association, dont ils sont de hauts dignitaires, s'é-

taient empressés de mettre à son service la double autorité de leur science et de leur titre de membres de l'Institut. L'argument était sans réplique, et, devant de pareils témoignages, la famille renonça à tout projet de poursuites.

Voilà, Messieurs, ce qu'en dépit d'une législation aussi peu favorable que celle qui nous régit, l'Association générale des médecins de France, et chacune des Sociétés agrégées qui la composent, peuvent faire dans l'intérêt du corps médical.

Sans doute, on doit désirer mieux encore; mais croit-on qu'il n'y ait qu'à se réunir sous un nouveau nom et à annoncer des intentions franchement militantes, pour obtenir des résultats beaucoup plus satisfaisants?

Croit-on que le fait de se grouper, en prenant le titre de syndicat, suffira pour faire disparaître les clients réfractaires et les concurrents déloyaux, pour rendre toutes les administrations généreuses et assurer toujours aux médecins une rémunération large et égale?

Le doute est peut-être permis; mais comme la question s'impose, aujourd'hui, impérieusement à l'attention de la profession, il importe qu'elle soit examinée, ici, avec sollicitude et avec sang-froid.

Ne croyez pas, cependant, Messieurs, que je veuille m'engager dans la discussion théorique de la question des syndicats médicaux. M. le président Roger, dans sa circulaire du 5 décembre 1881, M. le docteur Martineau, dans son rapport général de l'année dernière, ont assez nettement expliqué notre situation, à cet égard, et je pense comme eux que, tant que le Conseil général de l'Association ne sera pas en face d'une législation votée et promulguée, il n'aura pas de rôle actif à remplir.

Or, vous savez, Messieurs, qu'aucune loi n'a été votée, et que l'incertitude la plus grande règne encore sur ce qui pourra être, dans quelque temps, légal ou illégal en pareille matière. Jusque-là, les syndicats n'existent que par tolérance, sans aucune consécration officielle. Nous n'avons donc pas à changer l'attitude que nous avons prise à leur égard, celle de l'expectation. Cela est d'autant plus nécessaire qu'en même temps, sont à l'étude devant les Chambres, différentes propositions de lois relatives aux Associations, aux Sociétés de secours mutuels, aux Caisses de retraite, qui, elles aussi, peuvent ouvrir de nouvelles perspectives à notre Œuvre, apporter de nouvelles facilités à la défense et à la protection de nos intérêts.

Un moment, sans doute prochain, viendra où il y aura lieu d'agir dans l'intérêt de tous, et alors, soyez-en certains, nous n'hésiterons pas. En attendant, nous avons le devoir de surveiller le mouvement des esprits, et surtout, d'étudier les tendances qui se manifestent dans les Assemblées des Sociétés locales; presque toutes, en effet, ont délibéré sur cette question

Il est évident, que si, dans ces Assemblées, il se manifestait un courant d'idées général, et à peu près unanime, soit en faveur des syndicats, soit contre eux, ce courant dicterait au Conseil général, qui est l'émanation de toutes les Sociétés réunies, la ligne de conduite qu'il aurait à suivre. Mais rien qui ressemble à ce courant unanime ne peut être découvert dans les rapports des Sociétés locales ; on y rencontre, au contraire, des appréciations fort opposées.

Les syndicats ont, parmi les membres de l'Association, quelques partisans convaincus, et un certain nombre d'adversaires déclarés ; mais, la grande majorité, peu enthousiaste, est d'avis d'attendre : d'une part, que l'on soit en face d'une législation promulguée ; d'autre part, que les résultats obtenus par les syndicats qui existent, déjà, de fait, soient bien connus, et et qu'une expérience suffisante permette de les juger en connaissance de cause.

Revenons, avec quelques détails, sur chacune de ces opinions.

Il y a d'abord, il faut le reconnaître, quelques partisans exclusifs des syndicats qui croient devoir se tourner contre l'Association et rompre avec elle. Sont-ils nombreux, me demanderez-vous ?

Il en est jusqu'à trois que je pourrais nommer ;

Mais je me contenterai de dire que, d'un commun accord, ils ont adressé le même jour leur démission de membres de l'Association, motivée sur la formation, au chef-lieu de leur arrondissement, d'un syndicat, qui, d'après eux, « répondait à toutes leurs aspirations, « lesquelles avaient pour objet unique la défense des intérêts professionnels ».

Je me hâte d'ajouter que ces trois démissionnaires sont restés sans imitateurs, aux moins avoués. Loin de là, celles des Sociétés, où l'on a accueilli avec faveur le principe des syndicats, ont eu soin de spécifier qu'il ne devait y avoir aucun antagonisme entre eux et l'Association ; elles ont recommandé, au contraire l'entente cordiale, en vue d'arriver par un mécanisme distinct, mais sans aucune rivalité hostile, à un but commun, l'amélioration du sort du médecin.

A côté de ces appréciations favorables, que j'ai tenu à ne pas vous laisser ignorer, se trouve plus souvent exprimée l'opinion que les syndicats ne pourrait faire, pour la protection des intérêts professionnels, ni beaucoup plus, ni beaucoup mieux que l'Association, et que pour exercer l'assistance confraternelle, ils n'auront pas la même puissance fondée sur la fortune acquise. Ceux qui expriment cette opinion sont naturellement d'avis qu'il serait préférable de ne pas éparpiller les efforts, de ne pas les affaiblir en les divisant. Le mieux, disent-ils, est de s'en tenir à l'Association qui a déjà fait ses preuves, de la fortifier par de nouvelles adhésions, de développer son influence morale par le prestige croissant qui s'attache à sa prospérité financière, au nombre et à la réputation des hommes qui la composent.

J'arrive à ceux qui se prononcent franchement contre les syndicats.

Tout en réservant son opinion définitive, jusqu'à information plus complète, M. le docteur Damourette, secrétaire général de la Société de l'arrondissement de Vitry-le-Français ne sent pas la nécessité d'une autre association que la nôtre, et il ajoute : « Je me défie instinctive- « ment des syndicats médicaux, parce que je leur crois, à tort peut-être, une tendance à « l'autoritarisme, et que je ne veux abdiquer mon indépendance entre les mains de personne ; « fraternel pour ceux de nos confrères qui le sont eux-mêmes, indifférent malgré moi vis-à-vis « des autres, je tiens à ce qu'aucun d'eux ne puisse imposer une limite à ma bienfaisance et « à mon dévouement. »

C'est en invoquant les mêmes principes que le Dr Bourland-Lusterbourg, secrétaire général de l'Association du Rhône, s'écrie avec un souffle généreux et un accent convaincu : « Sans « vouloir scruter vos consciences, qui de vous n'a mis dans la balance ce je ne sais quoi qui « s'appelle l'indépendance? Cette indépendance qui n'a, pour le moment, d'autres limites « que le cœur, le bon vouloir, le mouvement généreux qui vous porte tous à secourir le « client le plus ingrat, dans un cas périlleux ! Et vous voudriez abdiquer cette indépendance, « vous voudriez subir la loi d'un syndicat ! vous voudriez fermer votre cœur pour obéir à la « loi qu'il édictera ! Cela n'est pas possible. »

Je crois avoir suffisamment démontré, Messieurs, que l'opinion du corps médical, celle surtout qui met de côté la passion et l'entraînement pour se laisser guider par la raison seule, est encore loin d'être complètement formée sur le compte des syndicats.

Les causes de cette indécision sont sans doute multiples, mais il en est une qui me paraît avoir une très grande importance et que je vous demande la permission de vous signaler, en quelques lignes qui termineront ce trop long rapport.

Pour que l'accord puisse se faire dans la manière d'apprécier les syndicats, la première condition serait qu'ils fussent, eux-mêmes, d'accord entre eux sur le but à atteindre et sur les moyens d'y parvenir. Cette unité de vues et de mode d'action existe-t-elle? En aucune façon ; là aussi, là surtout, devrais-je dire, les tendances sont divergentes et les courants opposés. Je ne vous en donnerai qu'une preuve et je l'emprunterai à une lettre toute récente d'un des médecins qui travaillent le plus activement à la propagation des syndicats, M. le docteur Barat-Dulaurier.

Cette lettre (1) révèle, parmi les apôtres des syndicats, l'existence de deux programmes bien différents, de deux camps animés de vues absolument opposées. Dans l'un, « on paraît « tenir à une réglementation à outrance. On voudrait que les articles du règlement fussent de « véritables lois draconiennes, frappant avec une inexorable sévérité quiconque les aurait « enfreintes. Nous voulons, disent les partisans de ce système, que le médecin qui manquera « à sa parole soit mis au ban du corps médical et cesse d'être considéré comme confrère. Nous « le tiendrons pour médicastre, pour un homme sans honneur et nous le traiterons comme « tel. L'Assemblée des membres syndiqués le déclarera indigne du nom de médecin et la plus « grande publicité sera donnée au procès-verbal. »

Voilà, Messieurs, un des programmes; on peut prédire que ceux qui l'adopteront n'obtiendront jamais le concours d'une partie importante du corps médical. Tous ceux de nos confrères, et il est inutile de dire que c'est le plus grand nombre, tous ceux, dis-je, qui ont l'amour de la liberté et de l'indépendance, si énergiquement revendiquées par MM. Damourette et Bourland-Lusterbourg, condamneront, sans appel, cette théorie tyrannique, ce rigorisme ultra-autoritaire, auquel M. Martineau a déjà adressé, l'année dernière, de sévères mais justes critiques.

M. Barat-Dulaurier est, du reste, le premier à repousser de pareils principes, et l'autre programme, celui qu'il préconise, est tout différent. « Cherchons, dit-il, tout ce qui peut « nous unir, nous rapprocher, rendre les relations entre confrères plus fréquentes, plus faci-

(1) Voir le *Concours médical*, numéro du 27 janvier 1883.

« les, plus cordiales. Se voir souvent, c'est le moyen d'arriver bien vite à s'estimer et à rendre « inutile tout luxe de réglementation. Des statuts sévères éloigneront sûrement un grand « nombre de confrères qui eussent adhéré volontiers à une œuvre de rapprochement. »

Autant les prétentions autoritaires du premier programme vous ont paru condamnables, autant les principes du second vous paraîtront dignes d'éloges. Comment pourrions-nous ne pas les approuver, puisque ce sont précisément ceux qui dirigent l'Association générale, ceux qui ont fait son succès, ceux qui assurent son autorité?

N'oublions pas, d'ailleurs, que, parmi les syndicats existants, il y en a qui imposent à tous leurs membres l'obligation d'honneur de faire partie de l'Association générale, et qui stipulent qu'en cas de dissolution, les fonds restant disponibles seront versés dans notre caisse des retraites. Ceux-là, à coup sûr, ne peuvent pas être considérés comme nos antagonistes; il serait plus juste de dire que, déjà, ils ne font qu'un avec nous.

Nous ne saurions, Messieurs, prévoir, dès aujourd'hui, ce que l'avenir réserve aux deux institutions, ni deviner quelle sera leur évolution, indépendante ou associée, à la suite des lois diverses qu'élaborent nos législateurs. Mais ce que nous pouvons affirmer c'est que l'Association générale des Médecins de France, fidèle gardienne des principes de la confraternité médicale, ne cessera pas d'être libérale, conciliante et bienfaitrice. C'est là le vrai drapeau de notre fédération, et personne de nous ne l'abandonnera!

Et, puisque je viens de prononcer le mot de fédération, permettez-moi d'insister sur ce caractère spécial de notre organisation qui, bien que sa régularité soit discutable en droit, n'en a pas moins constitué, en fait, jusqu'à ce jour, le principal élément de notre force. Bientôt, il faut l'espérer, cette fédération, loin de porter ombrage à certaines autorités publiques, sera librement reconnue par toutes, et deviendra pour nous, à leurs yeux, un nouveau titre de recommandation.

Vous savez que tout récemment, dans ses séances des 13 et 15 mars, la Chambre des députés a discuté, en première lecture, la nouvelle loi sur les Sociétés de secours mutuels. Il y a été question de nous, et voici dans quels termes.

« Les médecins, a dit l'honorable M. Maze, rapporteur, ont créé une Association mutuelle « qui est extrêmement prospère. Cette Société est même un admirable exemple des unions « que nous voudrions favoriser, car elle rayonne sur toute la France. Presque tous nos « départements en possèdent une section et toutes ces sections reliées entre elles comptent « de six à huit mille membres. »

« Cela est bon pour ce grand corps médical; cela est utile à des hommes qui occupent une « situation élevée dans notre société; ne serait-ce pas plus utile encore à ceux qui gagnent « péniblement le pain du jour. »

Et la Chambre, sans autre discussion, a voté le principe de la légalité des unions entre Sociétés de secours mutuels.

Nous voici donc, Messieurs, donnés, du haut de la tribune française, comme un admirable exemple à imiter! Nous devons recevoir ce compliment avec modestie. Mais n'est-ce pas une garantie précieuse de notre stabilité future et de la faveur croissante des pouvoirs publics à notre égard?

N'avez-vous pas, d'autre part, une excellente garantie de la bonne gestion de vos intérêts dans la vigilante sollicitude de ceux que, depuis des années, vous avez appelés à l'honneur d'en être les premiers défenseurs?

Vous êtes familiarisés de longue date avec le dévouement à toute épreuve et l'infatigable libéralité de M. Roger qui est le collègue de chacun de vous, en même temps qu'il est le président de nous tous! Vous appréciez, comme elle le mérite, l'excellente administration financière de M. Brun; vous connaissez le zèle éclairé des fonctionnaires de votre bureau, des membres de votre Conseil général, des savants jurisconsultes qui, dans toutes les questions de droit, nous prêtent avec tant de désintéressement le concours de leur science et de leur autorité!

Moi seul, Messieurs, nouveau venu au milieu d'hommes qui ont déjà donné à votre Œuvre des gages si sérieux de leur attachement et de leur générosité, j'ai tout à faire pour conquérir votre confiance.

Ma plus haute ambition est de bien remplir les devoirs que vous m'avez imposés, et dont j'apprécie d'autant plus l'importance que, chaque jour, l'expérience m'en fait mieux connaître les très réelles difficultés. Je suis résolu, n'en doutez pas, à y mettre tout mon zèle et toute mon activité. Mais cela ne saurait suffire ; il faut en outre que je me sache soutenu par vos encouragements.

Puissiez-vous ne pas me faire sentir aujourd'hui que je suis resté trop au-dessous de la tâche qui m'incombait! Puissiez-vous me donner, ainsi, la force de mieux m'en acquitter à l'avenir!

M. T. Gallard, membre du Conseil général, a la parole pour lire l'éloge de M. Amédée Latour :

Messieurs,

L'homme qui s'est éteint le 28 juin 1882, dans un petit cottage de Châtillon, où, depuis plusieurs années, il s'était retiré, comme pour se préparer, par le repos de la solitude, au repos éternel de la mort, n'était ni un de ces savants, dont les découvertes étonnent le monde, ni un de ces praticiens répandus dont la renommée proclame les cures éclatantes; et cependant son nom restera parmi ceux dont nous devons le plus honorer la mémoire. Il a marqué sa place au rang des médecins dont le souvenir doit se perpétuer le plus longtemps à travers les âges, par son dévouement entier, absolu, inaltérable à notre profession, dont il a pris en mains et défendu les intérêts avec une énergie et une persévérance, que rien n'a jamais pu lasser, et qui a fini, après quarante ans de luttes incessantes, par triompher de bien des obstacles, considérés d'abord comme absolument insurmontables.

Cet ardent amour, non pas seulement pour la science médicale ou pour les institutions qui en dépendent, mais aussi pour la profession, et pour les hommes qui l'exercent dignement, est le côté le plus saillant du caractère d'Amédée Latour; celui que j'ai surtout mission de mettre en lumière, dans cette réunion ou vous étiez habitués, Messieurs, à lui entendre exposer lui-même, dans ce style magique, qui savait si bien vous charmer, les résultats obtenus, les progrès réalisés chaque année par sa chère Association. Comme il était radieux alors, en énumérant le bien qu'elle avait pu faire, en constatant les soulagements qu'elle avait pu apporter aux misères de ceux dont l'âpre et rude métier de médecin praticien avait épuisé les forces ou compromis la santé.

Nul ne savait compatir comme lui à la situation précaire de ces confrères — trop nombreux, hélas! — pour qui l'exercice de la profession est une suite non interrompue de mécomptes, de déboires, de fatigues et de peines, conduisant à peu près fatalement à la misère. N'ayant jamais été par lui-même en lutte avec les rudes exigences de la clientèle, il aurait pu ignorer ces peines, ces misères, ces fatigues; mais il lui a suffi de les entrevoir pour en comprendre toute la gravité. Et, si sa nature douce et impressionnable à l'excès l'a fait reculer au moment de s'engager dans la carrière où il ne pouvait les éviter, il s'est senti pris, au même instant, d'une profonde compassion pour ses confrères qui y demeuraient exposés, et, s'identifiant avec eux, il s'est imposé, par une sorte d'apostolat, la tâche, à laquelle il a consacré toute sa vie, de chercher à relever la profession médicale et d'améliorer la situation matérielle de ceux qui l'exercent.

Ce fut là, je n'oserai pas dire son plus grand titre de gloire, car l'expression pourrait paraître un peu prétentieuse — mais son plus grand mérite. Ce ne fut pas le seul et il suffit de par courir ses nombreux écrits pour reconnaître en lui un littérateur de premier ordre, dont le style toujours châtié savait s'appliquer merveilleusement à tous les sujets : ardent et vigoureux dans les articles de polémique; limpide et correct lorsqu'il s'agissait simplement d'exposer une idée ou de résumer une discussion ; doux et harmonieux, avec une certaine nuance de poésie, dans ces gracieuses causeries qui charmaient nos loisirs et qui étaient recherchées par de nombreuses lectrices, dont il avait eu le talent de se faire des alliées, dans ses luttes en faveur de l'Association.

Et si nous poussions plus loin nos investigations, il ne nous serait même pas impossible de trouver dans ces articles, à la forme si séduisante, la trace de qualités et de connaissances médicales assez solides pour nous convaincre qu'il aurait pu devenir un pathologiste et un clinicien remarquable, s'il était entré résolument dans cette voie.

Latour (Jean-Raimond-Jacques-Amédée) est né à Toulouse le 23 prairial an XIII (12 juin 1805). Il appartenait à la noble famille de La Tour de Noé, dont un des membres, M. l'abbé de La Tour de Noé, a pieusement reconstitué la filiation, en établissant que son origine remonte jusqu'au commencement du VIII[e] siècle. Le père d'Amédée avait dû pendant la révolution faire le sacrifice de la particule et laisser souder en un seul mot l'article et le substantif qui, séparés, donnaient à son nom un cachet aristocratique, pour constituer le nom vulgaire et roturier de Latour, inscrit sur l'acte de naissance de son fils, et sur lequel ce dernier a jeté assez d'éclat pour qu'on n'ait à regretter ni la particule, ni le blason qu'il a eu l'esprit de ne jamais songer à revendiquer.

De ce blason, que vous me permettrez, Messieurs, de ne pas chercher à déchiffrer devant

vous — ce dont, vu la nullité complète de mes connaissances héraldiques, je serais absolument incapable — je regretterai qu'il n'ait pas conservé la devise, car elle allait si bien à son caractère et à son esprit qu'elle paraît avoir été faite exprès pour lui, et que l'on pourrait dire qu'elle a dirigé toute sa vie :

Si Fortune me tourmente, — Espérance me console.

Dans l'arbre généalogique qui, depuis l'ère de Charlemagne jusqu'à celle de Napoléon, donne la liste de tous les membres de la famille d'où descend A. Latour, on voit figurer un des premiers croisés, puis un certain nombre d'ecclésiastiques, avec plusieurs congréganistes des deux sexes, et on peut se demander si cette hérédité n'a pas influé sur certaines tendances de son esprit, légèrement enclin au mysticisme.

Son grand père, qui était médecin, fut, en 1750, nommé par concours, professeur à la Faculté de Toulouse; c'est probablement ce qui le détermina à étudier la médecine et fit plus tard de lui un des défenseurs les plus convaincus du mode de nomination par le concours, en même temps que le promoteur le plus ardent du rétablissement de la Faculté de médecine de Toulouse.

Il fit de bonnes études universitaires et, comme tout le monde, il eut ses petits succès de collège. Mais il avait déjà assez de bon sens pour ne voir que des promesses pour l'avenir dans ces couronnes, qui gonflent d'orgueil le cœur d'une mère, et ne pas se croire arrivé au faîte du savoir parce qu'il les avait obtenues, Il sut comprendre qu'il ne suffit pas d'être « *un homme fort en thème* » pour avoir sa place marquée dans le monde, au sortir du lycée, et qu'il reste encore beaucoup à travailler et à apprendre avant de pouvoir conquérir cette place, aussi se hâta-t-il de se diriger sur Paris, pour y suivre les cours de l'Ecole de médecine.

De sa vie d'étudiant nous ne savons rien, non plus que de ses premiers débuts dans la carrière médicale. Ses années d'études furent, sans doute, ce qu'ont été celles de la plupart d'entre nous, semées de rudes labeurs, égayées, parfois, par les folles joies de la jeunesse, auxquelles il devait être moins insensible encore que beaucoup d'autres.

Ce qu'il fit aussitôt après avoir pris ses grades nous l'ignorons complètement, et nous aurions été d'autant plus curieux de pouvoir combler cette lacune, que, dans la conduite qu'il a suivie alors et depuis, il y a pour nous une sorte de problème psycologique, dont il nous aurait paru intéressant de pouvoir trouver la solution.

Nous le voyons, en effet, commencer ses études médicales avec l'ardeur de ses vingt ans, surexcitée par sa nature méridionale. Il y avait été entraîné par de nobles exemples, puisés dans sa propre famille où l'on comptait deux médecins distingués, son aïeul et son oncle. Ces études, il les continue avec entrain et les termine brillamment; il se crée parmi ses condisciples — dont plusieurs étaient ses compatriotes — de chaudes amitiés, qui lui sont toujours restées fidèles. Et, tandis que ses amis se lancent dans la carrière professionnelle et y recueillent des succès, qu'il aurait pu partager, lui s'arrête, comme épouvanté, sur le seuil et refuse d'aller plus loin.

Est-ce que sa vocation se serait évanouie ? Est-ce que son goût pour la médecine aurait disparu ? En aucune façon. Il demeure plus attaché que jamais à cette science au développement de laquelle il va contribuer, dans une large mesure, en lui consacrant tout ce qu'il possède d'intelligence et d'activité; il a plus que jamais le culte de cette noble profession, qu'il estime à l'égal d'un sacerdoce, dont il voudrait voir les ministres, ses égaux et ses pairs, entourés de la vénération publique.

Que s'est-il donc passé qui ait pu l'en éloigner ?

Peut-être fut-il froissé de voir que la considération dont jouit le Corps médical, et qui ne manque jamais aux anciens, quand ils ont dignement parcouru la carrière, est parfois trop parcimonieusement répartie aux néophytes, tant qu'ils n'ont pas encore fait leurs preuves.

Peut-être, — malgré l'étendue et la solidité de ses connaissances en pathologie, malgré ses aptitudes cliniques dont il a fait preuve en dirigeant d'une façon si remarquable, pendant le siège de Paris, l'ambulance à la tête de laquelle son illustre ami Ricord avait eu l'heureuse idée de le placer; — Peut-être eût-il, dans ses premiers essais de clientèle un de ces accidents, qui sont si douloureusement ressentis par le débutant et dont les envieux et les jaloux savent si bien tirer parti contre lui.

Avec sa timidité native, avec sa nature si accessible à toutes les émotions, il n'est pas impossible que les choses se soient passées ainsi et qu'après avoir été une fois froissé dans ses sentiments les plus intimes, il se soit trouvé découragé et incapable de soutenir la lutte. On peut le supposer, en se rappelant combien il se complaisait à raconter de semblables mésaventures, dont le récit a fait le sujet de plusieurs de ses plus agréables *Causeries*.

Peut-être, pressé, par les besoins de la vie, — car il n'avait pas hérité de l'immense fortune

des comtes de Noé, — trouva-t-il trop long et trop dur le stage improductif que l'indifférence de la clientèle impose aux jeunes, quand ils doivent compter sur elle seule pour se procurer leur pain quotidien. C'est ce qui paraît le plus probable, surtout quand on songe qu'il dut un instant chercher des moyens d'existence même en dehors de la médecine; en même temps que son ami Ricord, avant de s'exiler dans la banlieue, où il a exercé durant plusieurs années, était obligé de faire des démonstrations d'applications de bandages et appareils pour fournir sa quote-part au maigre approvisionnement de la table commune. Son éloignement, qui ne fut jamais un abandon complet, dura peu, ét il ne tarda pas à nous revenir, armé non plus de la lancette, — quoique la lancette servît encore souvent à cette époque lointaine — mais de cette plume vaillante avec laquelle il a signé Jean Raimond, Jacques Bonhomme et docteur Simplice. Il ne se doutait probablement pas alors de ce que sont les luttes et les labeurs de la presse militante, comparés à ceux de la clientèle, auxquels il avait voulu se soustraire.

Malgré l'ardeur des polémiques il a toujours su, dans les journaux auxquels il a collaboré ou qu'il a dirigés, soit comme fondateur, soit comme rédacteur en chef (1), maintenir les discussions sur un ton de convenance et de bonne compagnie, qui a souvent manqué à ses adversaires. Cela ne l'empêchait pas d'exposer et de défendre ses opinions avec la plus grande fermeté et d'exercer, sans hésitation ni faiblesse, les droits de la critique, dont il trouvait que l'on avait pris la fâcheuse habitude de faire trop bon marché. Mais, tout en mêlant à l'occasion une petite pointe de malice à ses critiques, il évitait par dessus tout de froisser sérieusement son contradicteur, et on le trouvait toujours prêt à retirer une expression qui avait pu paraître désobligeante ou à chercher à en atténuer la signification et la portée, car il n'était pas dans son caractère de blesser ou de nuire, et il ne connaissait ni la haine ni même la simple acrimonie.

On ne peut cependant pas méconnaître qu'il y a, surtout à ce point de vue de la bienveillance, et je pourrais presque dire de la bonhomie, une certaine différence entre les articles qu'il a produits aux deux époques extrêmes de sa vie et que si le docteur Simplice rappelle le Jean Raimond, celui de la *Gazette des hôpitaux*, ce n'est que d'assez loin; car, si le style a la même élégance et la même pureté, il n'a plus la même vigueur. On sent qu'il ne lui reste plus la même ardeur pour la lutte et qu'il a, pour ainsi dire, désarmé. C'est le révolutionnaire qui, en vieillissant, est devenu conservateur.

Il est un épisode de sa vie de journaliste que je ne veux pas laisser dans l'oubli. Il est relatif à la question des annonces. La résistance énergique qu'il a opposée à l'invasion des annonces dans les journaux de médecine témoigne de l'importance capitale qu'il attachait à tout ce qui touche à la dignité professionnelle. Elle a marqué une des phases les plus significatives de sa carrière, et on peut dire qu'il a lutté jusqu'à la dernière heure et brûlé sa dernière cartouche avant de se rendre. Il considérait l'insertion des annonces, dans un journal scientifique, comme un trafic honteux pour l'écrivain, prêtant sa feuille à un négoce peu honorable pour la rédaction et humiliant pour le lecteur qui, à la place d'articles de science reçoit d'impertinentes réclames. Mais la concurrence pressait. Des rivaux, mieux avisés, profitaient du produit des annonces pour diminuer leurs prix en augmentant leur format et attiraient ainsi de nombreux abonnés, enlevés souvent aux journaux plus scrupuleux qui résistaient encore à l'envahissement des annonces, sans vouloir faire la part du feu. Amédée Latour dut enfin céder, sous la pression de ses actionnaires, mais ce fut à la condition de faire lui-même cette part du feu. Il ne voulut pas permettre aux annonces d'entrer dans le corps du journal et d'y occuper même la plus petite part de la place réservée aux questions scientifiques ou professionnelles; il les relégua sur la couverture et distribua la composition de son journal de façon à permettre de les détacher en totalité, au moment d'envoyer les collections à la reliure. On le plaisanta beaucoup sur cette subtilité qui, disait-on, tenait seulement à un fil, mais tout le monde bénéficia de cette réforme et ceux qui l'avaient le plus critiquée ne tardèrent pas à en faire leur profit, en l'imitant.

Ce que Amédée Latour a écrit suffirait à remplir de nombreux volumes, et appréciant lui-même l'étendue de ses travaux, il a pu dire sans être taxé d'exagération : « Il n'est certainement « pas une question de philosophie, d'histoire, de littérature médicale, de science, de pratique « et d'intérêt moral et professionnel, agitée depuis bientôt quarante ans, qui n'ait été ou in-

(1) Comme journaliste, A. Latour a coopéré à la rédaction des journaux suivants : *Journal hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1834-36. — *Gazette des hôpitaux*, 1841-46. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1840-46. — *Abeille médicale*, 1842. — *La Patrie* (Comptes rendus scientifiques), 1840. — *Le Constitutionnel* (Bulletin hygiénique et médical), 1866-68.

Il a fondé et dirigé comme rédacteur en chef : *La Presse médicale*, 1837. — *La Gazette des médecins praticiens*, 1839-41. — *L'Union médicale*, 1847-1882.

« diquée ou souvent provoquée par moi. » (1) Je n'entreprendrai pas de donner même un simple aperçu de cette œuvre immense. (2) Chacun la connaît, et elle a été jugée assez importante pour ouvrir à son auteur les portes de l'Académie de médecine, où il est entré en qualité de membre associé, en 1869, en n'invoquant d'autres titres à cette distinction que sa qualité de journaliste (3).

(1) *Exposé des titres d'A. Latour*. Paris, 1869.

(2) Il a publié : *Cours de pathologie interne*, professé à la Faculté de médecine par M. le professeur Andral ; 3 vol. in-8. Première édition 1836 ; deuxième édition 1841.

Du traitement préventif et curatif de la phthisie pulmonaire, 1860. — *Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire*, 1860. — Dans ces deux opuscules, il a indiqué l'emploi du chlorure de sodium et du lait de chèvre chloruré dans le traitement de certaines formes de la phthisie pulmonaire ;

Les articles *Consultations, Honoraires* dans le supplément du *Dictionnaire des dictionnaires de médecine.*

Lettre à Malgaigne *sur la syphilisation*, 1852.

Les deux *Introductions* aux deux éditions des *Lettres sur la syphilis*, par Ricord.

Les cinq *Introductions* aux cinq premiers volumes du *Dictionnaire annuel des sciences médicales* de Garnier.

Éloge de Rayer, 1867.

Rapport fait au Comité consultatif d'hygiène publique sur l'organisation du service des médecins sanitaires en Orient, 1852 (Moniteur officiel).

Rapport sur un projet d'organisation d'un Congrès médical. Paris, 1845.

Rapport d'introduction du Congrès médical de France, 1854.

Compte rendu général des travaux du Congrès médical de France, 1845.

Comptes rendus généraux des travaux et des actes de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France, de 1858 à 1869.

Notice snr Châtillon-sous-Bagneux, lu à la distribution des prix des Écoles communales; 8 septembre 1872.

Voici une liste dressée par lui de ceux des articles de journaux qu'il considérait comme les plus remarquables :

1° En Philosophie, en Histoire et en Littérature médicales : *La Philosophie, l'Histoire et la Littérature médicales* à l'Académie de médecine. — *Voyage philosophique, historique et littéraire.* — *De l'autorité en médecine.* — *De la nécessité d'une philosophie médicale*, lettre à M. le Dr J. Guyot. — *Le Progrès et le Doute en matière de science.* — *La Tradition et l'Empirisme.* — *Le tombeau d'Hippocrate.* — *Qu'est-ce que la philosophie médicale?* — *La Thérapeutique et l'Empirisme.* — *Le Vitalisme et la Chimie.* — *L'École de Salerne.* — *L'anneau d'or du Collège des médecins de Lyon.* — *Le Microscope et la Clinique.* — *Notices* sur Malgaigne, Mêlier, Trousseau, Velpeau, Amussat, Michon.

2° En Pathologie générale et spéciale, Physiologie, etc. : — *Le Rhumatisme*, appréciation des doctrines nouvelles; lettres à Magendie. — *Note sur les gaz intestinaux.* — *Observation de hoquet* durant depuis 3 heures, instantanément guéri par les inhalations du chloroforme. — *De l'inoculation des accidents secondaires de la syphilis.* — *Solution à donner à la question de l'avortement provoqué.* — *Les accusateurs de la vaccine devant l'Académie.* — — *La vaccine et ses détracteurs.* — *La peste à l'état sporadique existe-t-elle en Egypte?* — *Déviations utérines*; dix lettres à propos de la discussion académique sur cette question. — *La fonction glycogénique du foie devant l'Académie des sciences.* — *Sur la physiologie de la moelle épinière.* — *La Rage.* — *L'Hypnotisme.*

3° Enseignement : — *L'enseignement de la médecine en Allemagne.* — *De l'enseignement populaire de l'hygiène.* — *Le concours d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris.* — *Une révolution au Jardin des Plantes.* — *Sur le rétablissement de la chaire d'histoire à la Faculté de médecine de Paris.* — *Projet de réorganisation du concours pour les chaires des Facultés de médecine.* — *Sur le décret qui supprime les hôpitaux militaires d'instruction.*

4° Travaux relatifs aux intérêts professionnels : *Des honoraires des médecins.* — *Un médecin peut-il refuser, et en quelles circonstances, d'obéir aux réquisitions de la justice ?* — *Consultations sur des cas de responsabilité médicale.* — *Le compérage médical et le reboutage. Consultation sur un cas rare de secret médical.* — *De la liberté de l'exercice de la médecine et de la pharmacie.* — *Nombreux articles de jurisprudence professionnelle* etc., etc.

(3) Amédée Latour était officier de la Légion d'honneur, — officier d'Académie, — secrétaire du Comité consultatif d'hygiène de France, — membre de la Société de médecine de Paris, membre honoraire de la Société médico-chirurgicale de Bruges, — de la Société de médecine

Sa position de Secrétaire général de notre association ne lui a certainement pas nui dans cette circonstance; mais c'est encore au journalisme qu'il la devait, car il fut un des premiers à comprendre l'importance du rôle que devaient être appelées à jouer dans notre Société moderne ces deux forces : le *Journal* et l'*Association*, et à savoir en tirer parti. Ce dont nous devons nous applaudir surtout, c'est de la façon dont il s'est servi du Journal, pour fonder l'Association et assurer sa prospérité.

Je tranche, comme vous le voyez, Messieurs, au profit d'Amédée Latour, cette question, — qui a pu être un intant controversée, — de la fondation de l'Association générale des médecins de France, et je n'hésite pas à le faire devant vous qui, il y a trois ans, m'avez, par vos applaudissements unanimes, autorisés à l'appeler officiellement le PÈRE de notre œuvre. Je dois cependant établir ses droits à cette paternité, que Tardieu décernait trop légèrement à Rayer, tandis que le Comité de Bordeaux semblait disposé à la revendiquer pour lui-même, ou tout au moins pour l'un de ses membres. Je le ferai en déterminant aussi impartialement que possible la part qui revient légitimement à chacun, dans la création de notre grande Association confraternelle.

La vérité est que sans l'agitation favorable développée dans tout le Corps médical français, par un comité qui s'était constitué à Bordeaux dans ce but, nous n'aurions probablement pas vu naître notre Association, au moins à l'époque où elle a été créée. Il est également vrai que si ce mouvement important n'avait pas été dirigé par Rayer, il n'aurait certainement pas abouti.

Mais il faut voir les choses de plus haut, et puisqu'il y a eu là deux forces agissant pour produire un résultat déterminé, se demander qui donc les a mises en mouvement? qui donc leur a permis d'agir de concert en dirigeant leur action et combinant leurs efforts? Tout le monde répondra : Amédée Latour.

L'idée était dans l'air, a-t-on dit, et il suffisait de la recueillir et de lui donner une formule pour se l'approprier, comme l'a fait le Comité de Bordeaux avec un zèle auquel on ne saurait trop rendre hommage. Mais qui donc l'avait ainsi mise en l'air, qui donc l'avait pour ainsi dire semée dans toutes les intelligences médicales et l'y avait fait fructifier? si ce n'est encore Amédée Latour.

Laissez-moi vous en donner la preuve immédiate, en vous lisant ces passages d'un article écrit par lui le 20 mai 1845 :

« Le principe de l'Association si fécond et si puissant, que nous médecins avons si longtemps dédaigné, et dont nous avons si tard compris l'influence, ce principe commence heureusement à s'étendre et à se propager parmi nous. On a bien voulu reconnaître, et louer les efforts tentés dans ce sens par la *Gazette des hôpitaux* et par Jean Raimond en particulier.....

« De toutes parts des Associations se forment... C'est fort bien. Toutes ces Associations locales produisent localement le plus grand bien; j'y vois la source d'améliorations considérables, améliorations morales et matérielles, double but que les Sociétés ne doivent jamais perdre de vue.

« Mais est-ce là tout ce que promet et tout ce que doit donner le principe de l'Association? Doit-on en circonscrire la fécondité dans les limites étroites de telle ou telle localité? Et les bienfaits de l'Association ne doivent-ils tomber que sur un certain nombre de nos confrères?.....

« Nous sommes tous membres de la grande famille médicale et cette famille souffre. Praticiens des villes ou praticiens ruraux, nos besoins sont communs, égales nos souffrances, parce que la cause en vertu de laquelle nous souffrons est une cause générale. Par l'Association locale nous pouvons bien pallier quelques symptômes, masquer quelques épiphénomènes, mais le principe destructeur n'en existera pas moins; car rien n'aura été tenté pour le traitement curatif qui doit s'adresser à l'organisme entier.

« Ce traitement, c'est l'Association par les bases les plus larges et se reliant par des rapports directs, avec toutes les Associations partielles et locales. » (1)

L'Association nous vient en ligne directe du Congrès de 1845, c'est là un point d'histoire, et nul ne conteste que la réunion de ce Congrès n'ait été due à la seule initiative d'Amédée Latour. Mais je vais encore plus loin, et j'étonnerai bien les survivants de cette grande et mémorable assemblée si je leur dis, et surtout si je leur démontre, que la loi dont ils ont élaboré le projet et discuté les bases principales avec tant de talent, avec une entente si parfaite des besoins auxquels il fallait pourvoir, et des progrès à réaliser, n'était qu'un prétexte invoqué pour préparer l'Association que nous avons aujourd'hui. Telle est pourtout l'exacte vérité.

chirurgie et pharmacie de Toulouse, — Membre correspondant de l'Académie de médecine de Santiago, — de la Société impériale de médecine de Constantinople, — de la Société médico-chirurgicale pratique de Bruxelles, — de la Société médico-chirurgicale de Liège.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 20 mai 1845.

Reportez-vous au feuilleton du 20 mai 1845, dont je viens de citer plusieurs passages; c'est le précurseur de l'organisation du Congrès à laquelle il n'a été donné suite que plusieurs semaines après, — il n'y est pas dit un seul mot de la loi, tandis que, comme vous venez de le voir, il y est longuement parlé de l'Association. Et plus tard, au moment même de l'ouverture du Congrès, dans le discours préliminaire que, comme Secrétaire général, il prononce devant l'assemblée, pour tracer le programme de ses travaux, A. Latour, montre assez combien la loi tient peu de place dans ses préoccupations, comparativement au projet d'une Association générale des médecins de France, lorsqu'il dit :

« Vous avez à remplir une grande, une noble, une sainte mission; il s'agit non seulement de provoquer une législation plus en harmonie avec les besoins et la dignité du corps médical, avec les intérêts surtout de la société tout entière, livrée aujourd'hui sans défense aux ignobles trafics du plus honteux charlatanisme; il s'agit encore et *surtout* de constituer en France le corps médical, de lui donner des liens de confraternité, de l'unir sympathiquement dans une Association bienfaisante et morale, qui rattache le plus élevé d'entre nous au plus modeste praticien de village.

« Ne vous séparez pas sans avoir jeté les bases d'une forte, d'une sympathique Association. »

Cette préoccupation dominante se retrouve encore dans son résumé final des travaux du Congrès, qui, par une délibération spéciale, dont il a été l'instigateur, avait chargé sa Commission permanente de s'occuper des mesures à prendre pour arriver à créer, entre tous les médecins français, une grande Association confraternelle. Cette mission est celle dont l'ancien Secrétaire général du Congrès a toujours eu le plus à cœur d'assurer le succès, et, pendant les treize années qui ont suivi, on le voit poursuivre ce but avec une ardeur qui jamais ne s'est ralentie. Comment y arrivera-t-il ? il ne le sait pas lui-même; mais il cherche sa voie avec une persévérance qui permet d'espérer qu'il la trouvera. Il s'adresse successivement à Serres (1), l'ancien président du Congrès de 1845; à Orfila (2), président de l'Association des médecins de la Seine, qu'il venait de fonder, et dont le fonctionnement merveilleux constitue un excellent modèle à suivre, et il lui dit :

« J'ai pensé que l'Association médicale devait trouver en vous son protecteur naturel, que le fondateur de l'*Association de prévoyance des médecins de Paris* apporterait nécessairement son concours, son influence et son dévouement pour éloigner et surmonter les obstacles qui s'opposent au libre développement de son idée; car il faut le dire, avec justice et sincérité, l'institution demandée par le Congrès n'est qu'une émanation, qu'une extension de l'heureuse et féconde idée qu'avec tant de bonheur vous avez appliquée aux médecins de Paris. »

Des obstacles d'ordre politique et administratif s'opposèrent alors à la réalisation de ce projet qui a été repris et développé depuis, absolument dans les mêmes termes, par le Comité de Bordeaux et repoussé par l'Association des médecins de la Seine, dans son assemblée générale du 31 janvier 1858.

En eût-il été de même si Orfila avait encore vécu et aurions-nous assisté à ce que A. Latour, songeant à la journée du 31 mai, appelait cette nouvelle défaite des Girondins ? (3). Il est permis d'en douter, et le fondateur de l'Association des médecins de la Seine aurait pu alors être considéré, sans contestation possible, comme le fondateur de l'Association générale. — Son successeur a décliné cet honneur.

Ce vote, qui détruisait tant d'espérances, si chèrement caressées, parut désastreux à tous ceux qui avaient eu foi dans l'avenir de l'Association, et nous en étions consternés. A. Latour seul était demeuré impassible au milieu de nous, un peu rêveur, mais ne laissant percer aucune émotion sur son visage. Peut-être se rappelait-il en ce moment solennel la devise de sa famille : « *Si Fortune me tourmente, — Espérance me console.* » et nous fûmes tous étrangement surpris lorsque, après un instant de recueillement et de silence, nous l'entendîmes nous dire, pour nous consoler sans doute : *L'Association générale est faite.*

Aucun de nous ne comprit cette prophétie, et cependant elle ne tarda pas à se réaliser, grâce à Rayer, qui intervint seulement alors. Son action fut efficace et prompte. Il choisit les membres de la Commission d'organisation, dans laquelle, comme pour établir la filiation directe entre l'Association à organiser et le Congrès de 1845, il fit entrer tous les membres survivants de l'ancienne Commission de ce Congrès, depuis son secrétaire général, A. Latour, qui en est resté l'âme, jusqu'à son ancien président Serres. Ce dernier, ayant compris que Rayer était seul en possession de la puissance nécessaire pour permettre de mener à bonne fin l'entreprise, au succès de laquelle il s'était lui-même si vivement intéressé, et l'empêcher

(1) 22 septembre 1846.

(2) Lettre du 10 novembre 1846.

(3) *Union médicale*, 2 février 1858.

de sombrer au milieu de périls sans nombre, n'avait pas hésité, mettant de côté toute question d'amour-propre, à venir prendre à côté de lui la seconde place, après avoir si longtemps et si dignement occupé la première. Il fut, nous ne devons pas l'oublier, un de nos premiers et de nos plus généreux bienfaiteurs.

Cette commission étant ainsi constituée avec l'addition de plusieurs savants distingués, de jurisconsultes et de législateurs éminents, Rayer dirigea ses travaux, dont le résultat fut la rédaction des statuts qui, sauf de très légères modifications introduites depuis 1870, nous régissent encore. Il usa de sa grande influence personnelle pour aplanir toutes les difficultés et nous concilier la bienveillance du gouvernement, sur laquelle, sans son intervention et son insistance, il ne nous aurait pas été possible de compter. — Voilà ce qu'il a fait et l'Association lui en sera éternellement reconnaissante. Son action bienfaisante peut être comparée à celle de l'accoucheur qui, intervenant heureusement au milieu d'une parturition difficile et laborieuse, peut bien se flatter d'avoir mis au monde un enfant qu'il n'a pas engendré et dont il ne se prétendra pas le père.

Il n'a du reste jamais songé à élever lui-même la moindre revendication à ce sujet, et, appréciant, comme je viens de le faire, la part qui lui incombe dans la naissance de notre Association, il a, en inaugurant le 30 octobre 1859 notre première assemblée générale, fait les déclarations suivantes : (1)

« Quand il y a maintenant dix-huit mois, obéissant à la généreuse initiative des médecins de la Gironde, je devins l'instrument d'une pensée que j'adoptai, mes meilleures espérances n'allaient pas jusqu'à se représenter ce qui est aujourd'hui devant mes yeux : une œuvre sérieusement commencée, une organisation établie, une propagation fructueuse, le concours et l'appui de tant d'hommes éminents ici rassemblés. Pourtant, au fond, il faut plus nous en féliciter que nous en étonnner; les choses mûrissaient depuis longtemps. Qui ne connaît les efforts tentés à diverses reprises pour donner aux médecins disséminés quelque lien qui prolongeât la communauté de leur éducation, qui mît à profit cette première base et introduisît parmi eux l'association, la protection et, ce qui en découle, un plus haut respect de soi-même. Notre chance à nous a été de recueillir les fruits des efforts déjà faits et de ne pas rencontrer les défavorables circonstances qui avaient fait échouer les entreprises antérieures. »

Déclarations très nettes et très explicites qui sont pour nous une page d'histoire, et sur lesquelles Rayer revient encore, pour les accentuer davantage s'il est possible, en disant à la fin de son discours :

« Votre Président n'a fait qu'obéir à des initiatives qui lui ont paru bienfaisantes et généreuses ; y obéir jusqu'au bout est le seul désir qui l'anime ; le seul mérite qu'il réclame. »

Ce mérite, le seul que Rayer ait cru devoir réclamer, lui appartient très légitimement et nul ne songera, nul n'a jamais songé, à le lui contester, ni devant ses contemporains, ni devant la postérité. Mais, comme il le dit fort bien lui-même, s'il a été l'organisateur, il n'était pas l'initiateur, il n'est pas le FONDATEUR; celui seul auquel ce titre appartient, c'est Amédée LATOUR.

Se rappelant les luttes qu'il avait fallu soutenir pour fonder l'Association, les difficultés qu'on avait dû surmonter pour la constituer sur des bases solides et assurer son fonctionnement régulier; voyant les attaques auxquelles elle est encore de toute part exposée, A. Latour la défendait contre toute aggression; la couvant avec une sollicitude maternelle et n'osant pas permettre d'y toucher, même pour améliorer les imperfections qu'il était le premier à lui reconnaître, dans la crainte de lui voir perdre certains des avantages qu'on avait eu tant de peine à lui faire concéder. C'est pour cela et parce qu'il se méfiait de ce qu'aurait pu produire la révision de nos statuts par le Conseil d'Etat, qu'il s'est montré si opposé à l'idée, que plusieurs d'entre nous avaient eu, de faire des démarches en vue d'obtenir la reconnaissance d'utilité publique.

C'est la même crainte qui l'empêchait de s'associer à certaines idées de réforme des lois qui régissent l'enseignement et la pratique de la médecine. Ce n'est pas qu'il fut hostile à ces réformes, bien au contraire; mais rien ne l'assurait qu'elles dussent être plus favorables que nuisibles à la corporation; et après avoir expérimenté le peu qu'avait donné la bienveillance du Gouvernement, si chaudement manifestée en 1845, il se méfiait de ce que produirait l'action de pouvoirs publics, qu'il supposait, à tort ou à raison, devoir être moins favorablement disposés. Puis il ne se serait pas déclaré satisfait de réformes partielles, portant sur certains points isolés. Ce qu'il eût voulu, c'eut été la révision complète des lois qui régissent l'enseignement et l'exercice de la médecine, ou mieux encore de l'*art de guérir* dans toutes ses branches; la constitution d'un véritable CODE, comprenant toutes les questions qui nous inté-

(1) *Annuaire de l'Association générale*, t. I.

ressent à des titres si divers. On ne saurait faire un reproche de semblables aspirations à l'ancien secrétaire du Congrès de 1845.

Il avait, du reste, parfaitement compris les difficultés contre lesquelles on aurait à se heurter, par suite de la dissémination des attributions relatives à l'art de guérir, dans divers ministères, et c'est pour cela qu'il considérait la réalisation de ce projet comme à peu près impossible. Il faut dire pourtant que bien de ces difficultés paraissent devoir s'aplanir, et que la question a fait un grand pas vers une solution favorable, depuis que l'on songe sérieusement à concentrer tout ce qui est relatif aux choses de la médecine en une seule main, en créant, dans un ministère ou dans un autre, une DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

Au nombre des questions auxquelles il s'intéressait le plus vivement, je ne citerai pas celle de la liberté d'enseignement, car elle n'a jamais eu le don de le passionner; probablement parce qu'il l'envisageait seulement au point de vue étroit de la lutte entre le cléricalisme et l'Université; tandis que c'est à un point de vue plus général et plus élevé qu'elle doit se poser, — celui du droit qui appartient à chaque citoyen de s'instruire là où il veut et comme il veut, à la seule condition d'avoir à faire ses preuves devant un jury choisi par l'Etat, qui seul a qualité pour conférer des grades donnant droit à des privilèges quelconques. — Encore faudrait-il que, pour assurer la complète impartialité de ce jury, on ait soin, comme cela se fait pour les examens de l'enseignement secondaire, de ne pas faire entrer dans sa composition ceux qui font profession d'enseigner.

S'il demeurait indifférent à cette question, A. Latour ne l'était plus lorsqu'il s'agissait du mode de nomination des professeurs, à propos duquel il s'est montré l'adversaire du système de permutation des chaires et le partisan du concours. Contre la permutation, il a produit dans divers articles, notamment en 1849, des arguments assez sérieux pour que P. Bérard, qui était alors doyen de la Faculté de Paris, ait jugé utile de les réfuter dans une lettre non moins remarquable que les articles auxquels elle repondait, et dont la publication témoigne au moins de la haute estime en laquelle était tenue l'opinion de leur auteur.

Quant au concours, ce n'est pas dans une circonstance seulement, c'est toujours, à chaque instant, non seulement quand l'occasion s'en présentait, mais quand il pouvait trouver la plus légère occasion pour la faire naître, que A. Latour en a proclamé la supériorité. Il aurait peut-être consenti à l'étendre à d'autres emplois livrés à la compétition des médecins; mais c'est surtout pour le professorat qu'il le déclarait indispensable. Il n'attachait aucune importance aux objections tirées de ce que certains personnages, éminents par leur science ou par l'éclat de leur situation, ne pourraient trouver place dans une Faculté s'il leur fallait se soumettre aux épreuves d'un concours public. Car, disait-il, ce qu'il faut pour un professeur, ce sont certaines qualités spéciales qui peuvent manquer au savant le plus illustre. On peut contribuer dans une large mesure aux progrès de la science par des découvertes, par des travaux de laboratoire ou de cabinet, sans avoir pour cela les qualités indispensables pour vulgariser cette science et la répandre autour de soi, par l'enseignement. — Peu importe que le professeur ait fait lui-même des découvertes; ce qu'il faut aux élèves, c'est que le professeur connaisse toutes celles dont l'ensemble constitue le fond commun de la science, qu'il sache les classer avec ordre et méthode, les exposer avec clarté, les apprécier avec un jugement sûr et droit, et surtout, en ce qui concerne la médecine, en tirer les déductions pratiques qui peuvent en découler. Or, comment peut-il montrer qu'il possède toutes ces qualités indispensables, si ce n'est dans les épreuves publiques d'un concours.

Certes on a pu reprocher au concours, tel qu'il a fonctionné de 1830 à 1850 certaines imperfections; mais ne valait-il pas mieux améliorer l'institution que la supprimer, comme on l'a fait, par un acte autoritaire contre lequel on a eu le tort de ne pas réagir plus tard. Il regrettait ces luttes mémorables qui passionnaient la jeunesse ainsi que la presse et à la suite desquelles la pression exercée par l'opinion publique finissait souvent par faire triompher les plus dignes, en dépit de l'hostilité des coteries jalouses.

S'il n'avait pas confiance dans la possibilité de la réalisation des réformes qu'il pouvait désirer relativement à l'enseignement, il en avait encore moins à propos de celles qui pouvaient être demandées au sujet de la pratique de la médecine. Ces réformes auraient dû, suivant lui, consister avant tout dans l'abrogation de la patente et dans la suppression du second ordre de médecins.

En ce qui concerne la patente, il la repoussait non pas seulement comme impôt, mais parce qu'elle prétend assimiler l'exercice de la médecine à celui des professions mercantiles. Comme impôt, du reste, il en est peu dont la répartition soit plus iniquement inégale. Car, avec sa prétention d'être proportionnée à l'importance du produit de la clientèle, calculée d'après le prix plus ou moins élevé du loyer, il atteint plus lourdement ceux à qui des charges de famille plus considérables imposent l'obligation d'un logement plus vaste et par suite d'un loyer plus coûteux, tout en épargnant celui qui, avec un produit de clientèle beaucoup plus

fructueux, vit seul dans un appartement qui peut être plus exigu, tout en étant infiniment plus luxueux. C'est là un impôt sur la misère, comparable aux impôts indirects frappant les denrées alimentaires et tombant d'autant plus lourdement sur les ménages qu'ils ont de plus nombreux enfants et contribuent ainsi, dans une plus large mesure, à la prospérité du pays.

Quant aux officiers de santé, — dont la suppression définitive, justifiée par tant de considérations d'ordre supérieur eût été si simple à obtenir, si par mesure transitoire on avait facilité aux anciens titulaires les moyens d'acquérir le grade de docteur, — qu'aurait-il dit, si au lieu de voir prendre les mesures nécessaires pour unifier la profession médicale, et créer parmi nous cette égalité qui nous est si chère, parce qu'elle a pour conséquence de resserrer plus étroitement les liens de la fraternité; qu'aurait-il dit si, au lieu de tentatives sagement dirigées dans ce sens, il avait pu voir celles qui sont faites aujourd'hui dans un but tout opposé ?

Foncièrement hostile à l'institution d'un second ordre de médecins, il aurait été à plus forte raison opposé, n'en doutez pas, Messieurs, à la création d'un troisième. Et après avoir demandé si longtemps la suppresion des officiers de santé, considérés comme les *prolétaires* de la profession, il aurait, par des arguments semblables, combattu l'intrusion des docteurs « ès sciences médicales » qui ne tarderaiént pas, s'ils venaient au monde, à élever des prétentions à une sorte d'*aristocratie* de mauvais aloi.

Ce qu'il redoutait le plus dans une législation nouvelle, c'était la possibilité d'une atteinte portée à nos droits les plus respectés, à nos prérogatives les plus chères.

La présence de nombreux médécins dans le parlement ne suffisait pas pour le rassurer à cet égard, car il avait été frappé de voir avec quelle facilité on était parvenu à paralyser leurs bonnes intentions, quand ils s'étaient, sous la législature précédente, constitués en réunion extraparlementaire, sous la présidence de notre cher et regretté Laussedat. Il avait suffi alors de les accuser malicieusement de chercher à faire prévaloir les intérêts particuliers du Corps médical sur les intérêts généraux du pays et de la Société tout entière, pour les arrêter dans la poursuite des justes revendications, qu'ils se disposaient à exercer. Amédée Latour se demandait ce que deviendrait la dignité du médecin, la considération dont il jouit dans la Société, si l'on amoindrissait les obligations du secret professionnel, qui fait de lui l'égal du confesseur, si on ui imposait des obligations et des devoirs capables de porter atteinte à la liberté de ses actes, à l'indépendance de son caractère, privilèges auxquels il doit l'estime et le respect dont il est entouré.

Cette indépendance, surtout en ce qui concerne le secret professionnel, il en connaissait le prix, pour avoir signalé à l'indignation publique l'acte par lequel on avait essayé de faire revivre un certain édit de 1666, qui enjoignait aux chirurgiens de la « bonne ville » de Paris de déclarer au bureau de police le nom et l'adresse des blessés auxquels ils donnaient des soins; et cela, au lendemain d'une émeute populaire, réprimée par la force armée. Sauf peut-être celui qui avait été l'instigateur mal inspiré de cette exhumation d'une loi oubliée, il ne se trouva pas dans Paris, — il faut le dire bien haut à l'honneur de notre profession, — un seul médecin qui consentît à se soumettre à ces prescriptions, et la conduite du Corps médical fut tellement approuvée par l'opinion publique que, depuis, un magistrat distingué a pu dire : (1)

« L'édit de 1666 appartient à d'autres temps. Aujourd'hui il ne répond plus à une néces-
« sité sociale. Il froisse la dignité professionnelle du médecin et compromet en même temps
« le pouvoir sans le servir. Aussi est-il frappé d'inefficacité, *déchéance plus sûre que l'abro-*
« *gation juridique.* Nul gouvernement ne sera désormais tenté d'invoquer ces vieux monu-
« ments législatifs dont le rappel soulève des tempêtes et qui, dans le domaine de l'applica-
« tion, aboutissent au néant. *Telum imbelle sine ictu.* »

Ceci nous montre, Messieurs, combien les craintes d'Amédée Latour étaient exagérées et combien l'opinion des gens éclairés est favorable à la défense des prérogatives du médecin, qui sont une sécurité sociale, bien plutôt qu'un privilège de corporation. On sait que nous faisons souvent trop bon marché de nos intérêts matériels, et on en abuse, à tous les degrés de l'échelle sociale, pour exiger de nous des sacrifices auxquels nous consentons trop facilement, quoiqu'ils ne soient pas toujours suffisamment justifiés. Mais là s'arrêtent nos sacrifices et on n'ignore que nous sommes prêts à tout pour défendre notre dignité et maintenir intacts les droits qui ont été de tout temps reconnus comme essentiellement inhérents à l'exercice de notre profession.

Il n'y a donc aucune raison de supposer que l'on puisse jamais songer, soit à nous imposer la révélation du secret professionnel, soit à porter atteinte à notre indépendance et à notre dignité en élevant la prétention de nous contraindre à obéir aveuglément à des réquisitions insolentes ou inopportunes. Si de semblables mesures venaient jamais à être édictées, elles

(1) Hémar. Secret médical au point de vue de la révélation des crimes et délits. (*Bulletin de la Société de médecine légale*, t. 1, p. 172.)

auraient, il faut bien qu'on le sache, le même sort que le fameux édit de 1666. Le médecin n'a jamais obéi et n'obéira jamais qu'aux seules suggestions de sa conscience. Elle seule lui dicte ses devoirs et si elle lui inspire le désintéressement nécessaire pour lui permettre de refuser les présents d'Ataxercès, elle lui donne aussi l'énergie dont il a besoin pour ne pas se laisser intimider par ses menaces. Plus fort que le chêne, sans avoir la souplesse du roseau, le médecin est capable de résister à tous les orages, aussi son indépendance sera-t-elle toujours respectée dans l'avenir, comme elle l'a toujours été dans le passé; car il n'y a pas de pouvoir au monde qui puisse jamais avoir la prétention de parvenir à dompter

« Cet être quel qu'il soit, ou l'aigle ou l'hirondelle,
« Qui ne saurait plier ni son cou ni son aile,
« Et qui n'a pour tout bien qu'un mot : LA LIBERTÉ. »

Deuxième séance. — Lundi 2 Avril 1883.

Présidence de M. Henri ROGER.

La séance est ouverte à trois heures.

Sur la proposition de M. le Président, le procès-verbal de la dernière Assemblée générale, imprimé dans l'*Annuaire* de 1882, est voté à l'unanimité.

Sur la proposition de M. le Président, l'Assemblée approuve à l'unanimité les comptes du Trésorier.

M. DURAND-FARDEL, au nom de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pension viagère, donne lecture du rapport suivant :

Messieurs et chers Collègues,

C'est en 1874 que vous avez distribué les premières pensions viagères ; l'institution des pensions viagères entre donc aujourd'hui dans son dixième exercice. Elle est en pleine activité. Ses moyens d'action se développent chaque année, et nous voyons approcher, avec une rapidité inattendue le premier jour, le moment où les services qu'elle rendra seront plus pleinement efficaces qu'au début, et seront plus dignes de nous-mêmes et des existences dont nous cherchons à adoucir les dernières années.

Le chiffre de nos pensionnés, en y comprenant ceux qui vont vous être proposés, aura été de 120. Il se trouvera aujourd'hui réduit à 71, 49 d'entre eux ayant disparu pendant ces dix années, dont 8 durant l'exercice qui vient de s'écouler.

La moyenne des pensions annuellement accordées se trouve exactement de 12. La mortalité de nos pensionnaires est, en moyenne et à très peu de chose près, de 5 par année, ce qui s'explique par l'âge avancé ou par l'état de maladie de la plupart d'entre eux.

Lorsque la Caisse des pensions a commencé d'entrer en exercice, elle s'est trouvée, d'abord, dans l'impossibilité de répondre à toutes les demandes qui lui étaient adressées. Et le rapporteur actuel de votre Commission a, plus que personne, qualité pour vous dire les douloureuses alternatives que créait à celle-ci l'obligation de choisir et d'éliminer, parmi tant de sujets de sollicitude et de sympathie, — obligation qu'imposaient les ressources limitées dont nous avions alors à disposer, et qu'imposait non moins impérieusement une prévoyance dont nous commençons aujourd'hui à recueillir les fruits.

Depuis plusieurs années, toutes les pensions sollicitées ont pu être accordées. Elles l'ont été, parce que les ressources acquises de la Caisse des pensions l'ont permis, et parce que les Sociétés locales, comprenant les nécessités d'une œuvre qui commence et ne peut se développer que pas à pas, ne nous ont jamais transmis de demandes inopportunes.

La Caisse des pensions ne s'est encore ouverte que pour de grandes infortunes. Car c'est une grande infortune d'atteindre l'extrémité d'une vie de travail, sans avoir pu s'assurer le nécessaire pour les jours où le travail n'est plus possible. Mais nous pouvons prévoir le temps où nos pensions ne seront plus seulement destinées à subvenir aux nécessités lamentables dont nous venons chaque année esquisser le tableau. Elles apporteront encore l'aisance là où elle manquera. C'est bien de sécher d'abord les pleurs ; il sera bon de ramener aussi le sourire.

De généreuses impatiences se plaignent de l'insuffisance des services qu'a rendus jusqu'ici la Caisse des pensions. Ils sont peu de chose en effet, ces services, si on les mesure aux aspirations que le cœur peut concevoir et aux souhaits que l'imagination peut former. Mais ils sont beaucoup, si on les mesure au néant qui présidait, il y a quelques années à peine, à l'assistance confraternelle, au moins pour la presque totalité du sol français.

La Caisse des pensions viagères s'accroît chaque année d'une somme qui varie entre 50 et 60,000 francs. Elle ne prélève donc qu'une modeste part sur l'ensemble des revenus de l'Association tout entière, qui dépassent 150,000 francs.

Il dépend de nous, il dépend de nous tous, et des Sociétés que nous représentons, que la part faite à la Caisse des pensions soit agrandie.

Le total de nos pensions va, d'après les propositions qui vous seront faites, s'élever à 30,500 francs, représentant un capital de 593,025 francs. 13 pensions nouvelles vous seront proposées, lesquelles porteront le chiffre des pensions actuelles, réduit par des extinctions à 58, au chiffre de 71.

Au point de vue du taux des pensions, voici quels sont les progrès effectués : je prendrai un terme de comparaison entre l'année 1878, cinquième exercice, et l'année 1883, dixième exercice.

	1878	1883
Pensions de 600 francs............	6	15
— de 500 —	5	14
— de 400 —	10	19
— de 300 —	36	23
	57	71

Vous voyez que, conformément à nos prévisions, le taux respectif des pensions s'élève graduellement, et que les pensions de 300 francs, qui nous sont si amèrement reprochées, et qu'on se plaît si souvent à présenter comme le type de celles que nous distribuons, diminuent peu à peu, à mesure que s'élève le nombre des pensions de 500 et de 600 francs.

Lors de la première application des pensions viagères, il y avait eu à choisir entre deux systèmes : ou ne distribuer qu'un petit nombre de pensions plus élevées, ou distribuer un plus grand nombre de pensions inférieures. Ce n'est qu'à la suite de délibérations attentives que le dernier système vous avait été proposé : vous lui avez donné votre pleine approbation.

Il est des Sociétés financières qui s'appliquent à distribuer d'abord de gros dividendes.

Vous auriez pu commencer par quelques grosses pensions. Personne ne se fût inquiété des sollicitations évincées, et l'effet eût été produit. Mais on sait où mènent les gros dividendes d'entrée de jeu. Vous avez voulu créer une œuvre progressive et durable, et vous vous êtes refusé à compromettre son avenir pour faire briller ses débuts.

Je ne sais pas si des combinaisons mieux avisées eussent produit des résultats meilleurs. Mais ce qui est certain, c'est qu'on ne peut faire des pensions qu'avec l'argent qu'on a.

L'Association générale, considérée dans son système de centralisation, ne possède rien par elle-même. La part qui lui revient, dans la fortune effective de l'Association générale des médecins de France, est exclusivement fournie par les Sociétés indépendantes qui constituent celles-ci. Elle s'est construite, cette part, au moyen des contributions statutaires des Sociétés locales, des allocations volontaires que ces mêmes Sociétés y ajoutent chaque année, des libéralités spontanées de ses membres, enfin de la sage administration de ces ressources totalisées. C'est ainsi qu'a pu se fonder la Caisse des retraites, c'est ainsi qu'elle ne cesse de grossir. Mais je n'imagine pas les combinaisons qui eussent pu lui permettre de donner plus qu'elle ne recevait.

Il existe, dans un pays voisin, une institution analogue, quant à son objet, non pas à notre Association, mais à notre Caisse des retraites. Elle en diffère absolument, quant à notre organisation. Les résultats qu'elle a obtenus ont récemment frappé quelques esprits : il ne me paraît pas hors du sujet qui nous occupe de vous en entretenir quelques instants.

La *Caisse des pensions du corps médical belge* comprend des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires.

Fondée en 1869, elle possède aujourd'hui 625 membres participants, un capital de 534,485 francs, et distribue la somme de 49,910 francs à 88 pensionnaires, soit, pour ceux qui ont droit à une pension entière, 567 francs, celle-ci étant de droit pour les participants à partir de l'âge de 64 ans. Le droit à la pension existe également avant cet âge dans le cas d'incapacité professionnelle, et elle est reversible sur les veuves et les enfants mineurs (1).

Tels sont les frais généraux de l'organisation de la Caisse des pensions des médecins belges. Il serait inutile de vous la faire connaître dans ses détails d'application.

Les résultats que je viens de vous exposer sont assurément remarquables ; mais voici à quelles conditions ils ont été obtenus.

Les membres participants ont à payer, jusqu'à l'âge de 40 ans, une cotisation de 50 francs

(1) Caisse des pensions du Corps médical belge (médecins, pharmaciens, vétérinaires); Assemblée générale du 27 septembre 1882, Bruxelles.

par an, et après la quarante et unième année, une cotisation annuelle de 100 francs, jusqu'à 64 ans, âge où l'obtention de la pension devient de droit, après toutefois dix années de participation effective.

Au début de l'institution, le capital formé par les cotisations et les revenus annuels avait été immobilisé pendant dix ans ; et ce n'est qu'à partir de 1879 que les pensions ont commencé d'être distribuées.

L'idée mère de cette organisation a été le *droit* à la pension, dans des conditions déterminées.

La réalisation de cette idée a consisté dans l'établissement de cotisations de 50 francs, puis de 100 francs.

Rien n'eût empêché de tenter chez nous une semblable opération, et, en s'adressant aux corporations qui se rapprochent de la nôtre, les pharmaciens et les vétérinaires, de rassembler un certain nombre de participants. La reconnaissance du *droit* à la pension en aurait pu attirer un nombre suffisant pour lui permettre de fonctionner, ainsi qu'en Belgique.

Mais quel rapport y a-t-il entre une pareille institution et l'Association générale des médecins de France ? L'idée qui a présidé à celle-ci (je laisse de côté ce qui concerne le sujet des intérêts professionnels) n'a pas été de réunir un certain nombre de sociétaires capables de s'assurer des avantages relatifs à l'apport qui leur aurait été demandé. Cette idée a été d'appeler *tous* les membres du Corps médical à se réunir dans un but de solidarité commune, pour s'entr'aider mutuellement en toute circonstance, les uns en vue des services qu'ils pourraient tirer de cette Association; les autres, et c'en est l'immense majorité, en vue des services qu'ils pourraient lui rendre.

Ce qui est le caractère particulier, et ce qui fait la force et la grandeur de notre Association, c'est qu'elle est entretenue surtout par ceux qui n'en doivent point profiter. C'est une institution de libéralisme, parce qu'elle s'est mise à la portée de tous. C'est une institution de fraternité parce qu'elle existe indépendamment de toute prévision personnelle. La Caisse des pensions du corps médical belge est une opération financière. Telle est la différence fondamentale qui ne permet pas de comparer ces deux institutions.

Je n'entends pas refuser à la Caisse des pensions belges un haut caractère de prévoyance et de solidarité. Je sais aussi que, parmi ses participants, il en est qui font le généreux abandon de leur droit à la retraite. La combinaison qui permet d'assurer, après vingt-quatre ans d'une cotisation de 100 francs, précédée d'un certain nombre de cotisations à 50 francs, une pension rapportant aujourd'hui 5 à 600 francs, est certainement une combinaison ingénieuse, et dont la réalisation fait honneur à ceux qui ont su la mettre en œuvre. Vous voudrez bien remarquer, cependant, qu'une expérience suffisante n'a pas encore prononcé sur la vitalité de cette organisation, et qu'il pourrait advenir que la multiplication inévitable des pensions, amenée par le cours des années, vînt ultérieurement abaisser le taux auquel il a été permis de les fixer aujourd'hui.

Mais si l'on croyait que les 120 pensionnaires qui ont jusqu'ici profité de votre Caisse des pensions auraient été capables de verser préalablement 100 francs par an, pendant vingt-quatre années consécutives, quelque tentante qu'eût pu être la perspective d'une pension de droit, on se tromperait fort. Supposez que nos pensions eussent été instituées d'après le même système que les pensions belges, il se trouverait qu'aucun d'eux n'en aurait profité, parce qu'aucun d'eux n'en aurait pu remplir les obligations. De sorte que ce sont précisément ceux pour qui elles étaient de la nécessité la plus absolue et la plus immédiate qui en auraient été exclus.

Des cotisations annuelles de 50 et de 100 francs sont principalement à la portée de ceux pour qui la pension assurée devra être le moins nécesssaire, et excluent ceux à qui une cotisation modeste permettra seule de lui devoir un jour une ressource indispensable. C'est le nombre qui est l'objet de notre Association, et qui lui assure précisément une vitalité prospère.

Les trésoriers de nos Sociétés locales pourraient vous dire que ce n'est pas toujours sans difficulté qu'ils achèvent les recouvrements de l'infime cotisation de 12 francs, et surtout lorsqu'un retard a doublé ou triplé cette modique somme.

Faut-il vous rappeler la proposition que j'ai eu récemment l'honneur de vous faire, au nom de la Société de l'Allier, de porter la cotisation annuelle à 20 francs, et encore sans effet rétroactif, c'est-à-dire exclusivement pour les sociétaires nouveaux ? Et faut-il vous rappeler par quelle majorité elle a été repoussée ?

J'espère que vous ne me reprocherez pas la longueur de cette digression. Il est bon que cette Assemblée soit tenue au courant des tentatives, comme des réalisations, dont le but se rapproche du nôtre, et dont l'étude a dû soulever un ordre semblable de problèmes. Il nous faut les connaître, afin de profiter de ce qu'elles peuvent avoir de bon et de pratique, et

d'être à même de discerner ce qu'elles pourraient avoir d'applicable à nos propres institutions, et en quoi elles s'en écartent.

Je reviens à l'objet spécial de ce rapport.

Votre Commission a reçu 13 demandes de pensions, toutes très légitimes, c'est-à-dire basées sur des nécessités qui ne sont que trop manifestes, et toutes accompagnées, de la part des bureaux qui nous les ont adressées, des témoignages de l'estime et de la sympathie la plus vive pour les confrères qui en sont l'objet.

Ces demandes concernent neuf docteurs et quatre officiers de santé.

Deux octogénaires, n'ayant pas seulement à compter avec leur grande vieillesse, mais encore avec des charges de famille, sont proposés pour deux pensions de 600 francs.

Deux pensions de 500 francs vous seront demandées pour deux médecins à qui la maladie ou l'affaiblissement sénile interdisent l'exercice de leur profession,

Cinq confrères, deux sexagénaires et trois ayant dépassé soixante-dix ans, ont leur santé diversement altérée. Nous vous proposerons de leur attribuer des pensions de 400 francs.

Et à quatre autres des pensions de 300 francs. Non moins dignes d'intérêt, il nous a paru que des nuances sensibles légitimaient ces attributions moindres, commandées par les limites du crédit dont nous avions à disposer.

En résumé, nous vous proposerons 13 pensions nouvelles, dont :

2 de............	600 francs,
2 de............	500 —
5 de............	400 —
4 de............	300 —

représentant 5,400 francs.

Les demandes d'augmentation de pension sont au nombre de sept.

Deux de ces pensionnaires touchaient 400 fr. et cinq 300 fr.

Nous vous demanderons de porter ces pensions :

2 à.............	600 francs,
2 à.............	500 —
3 à.............	400 —

Une somme de 1,100 fr. est attribuée à ces augmentations, ce qui porte à 6,500 fr. celle qui sera distribuée à nouveau.

Les pensions nouvelles ou augmentées, pour l'exercice 1883, sont donc au nombre de 20. dont :

4 à.............	600 francs,
4 à.............	500 —
8 à.............	400 —
4 à.............	300 —

Il me semble que de pareils résultats, que vous voyez s'accroître régulièrement chaque année, et dont l'accroissement ne peut que s'accélérer par la marche naturelle des choses, ne sauraient légitimer les reproches d'insuffisance et d'indignité qu'élèvent de temps à autre, à leur sujet, quelques organes de la presse médicale, mus sans doute par des sentiments très généreux, mais non par des sentiments très équitables à l'endroit de notre Association.

Peut-être encore pourrons-nous nous étonner de les voir s'attacher à rabaisser, par les termes d'aumône et de charité, les témoignages de solidarité confraternelle de quelques-uns d'entre vous, qui se sentent favorisés par la profession, en considération de ceux pour qui elle s'est montrée moins clémente.

Vous vous étonnerez davantage encore d'avoir pu lire ce qui suit, extrait d'une feuille médicale, du 17 février, et reproduit par une autre feuille, du 10 mars, de la présente année :

« Après onze années d'existence, la Caisse française sert 14 pensions, comportant 5,300 fr. de rentes viagères. Après dix années d'existence, la Caisse belge sert 72 pensions, comportant 36,000 fr. de rentes. »

Par suite de quelle illusion d'optique les 66 pensions produisant 27,880 fr. de rentes, votées par vous l'an dernier, et que, en raison d'un progrès continu et facile à prévoir, vous deviez, cette année, porter à 71 pensions produisant 30,500 fr., se sont-elles transformées en 14 pensions produisant 5,300 fr. de rentes?

Il n'y a qu'une explication à donner de cette erreur étrange, c'est que les pensions attribuées à un seul exercice ont été prises pour la somme totale des opérations de la Caisse des pensions.

Dans la dernière Assemblée générale de cette institution, digne de toute notre attention,

mais qu'on a tort de comparer à la nôtre, puisqu'elle a été établie sur des bases absolument différentes, l'honorable président, docteur Schoenfeld disait :

« Parmi ceux qui se tiennent à l'écart de nous, sont les indifférents, — les admirateurs purement platoniques, — et les mécontents, qui ne sauraient accepter ce que d'autres ont organisé. »

Vous voyez qu'il en est en Belgique comme en France, et en France comme en Belgique.

Ici, comme là-bas, il n'a sans doute rien à attendre des indifférents et des admirateurs platoniques. Quant aux mécontents, c'est-à-dire aux critiques, qu'ils nous apportent des projets ou nous montrent des combinaisons pratiques, — et en harmonie avec le caractère de notre Association, qu'aucun de vous, je pense, ne consentirait à altérer, — et ils peuvent être assurés que votre Assemblée, et les Sociétés que vous représentez, et le Conseil où vous avez centralisé l'institution, apporteront à leur examen la plus religieuse attention et s'empresseront à s'approprier ce qui lui paraîtra réaliser un progrès véritable.

Après la lecture de ce rapport, accueillie par de nombreux applaudissements, l'Assemblée vote succcessivement les pensions suivantes, d'après la classsification adoptée par la Commission des pensions viagères.

Pensions nouvelles :

MM. Sureau (Seine-et-Oise), pension de 600 fr. — Béraud (Saône-et-Loire), 600 fr. — Léon (Isère), 500 fr. — Delamare (Orne), 500 fr. — Labanowski (Haute-Garonne), 400 fr. — Farjou (Aveyron), 400 fr. — De Bertin (Seine), 400 fr. — Kohler (Haut-Rhin), 400 fr. — Wautiez (Nord), 400 fr. — Caparelli (Corse), 300 fr. — Daudibertières (Tarn-et-Garonne), 300 fr. — Rogé (Gironde), 300 fr. — Sigalas (Lot-et-Garonne), 300 fr.

Une augmentation de pension est accordée aux pensionnaires suivants :

MM. Guyard (Loire-Inférieure), augmentation de 200 fr. — Corbiot (Landes), 200 fr. — Dabat-Dufaur (Hautes-Pyrénées), 200 fr. — Damarée (Hautes-Pyrénées), 200 fr. — Gogolewski (Indre), 100 fr. — Dossat (Gironde), 100 fr. — Perredo (Côtes-du-Nord), 100 fr.

Sur la proposition de M. le Président, l'Assemblée vote des remercîments à M. Durand-Fardel, rapporteur de la Commission des pensions.

Sur la proposition de M. le Président, MM. Bucquoy, Dufay, Penard, Durand-Fardel, Gosselin, Bancel, sont réélus par acclamation, membres de la Commission des pensions viagères pour l'année 1883.

Le dépouillement du scrutin pour la nomination de sept membres du Conseil général donne les résultats suivants :

Votants : 55; majorité, 28. MM. Gosselin, 55 voix. — Marquez, 55. — Jaccoud, 55. — Bucquoy, 55. — Bourienne, 34. — Laennec, 54. — Lannelongue, 53. — L. Thomas (de Tours), 25.

En conséquence, MM. Bucquoy, Gosselin, Jaccoud, Marquez, Laennec, Lannelongue, Bourienne, sont nommés membres du Conseil général.

Sur la proposition de M. le Président, MM. Petit (Loire-Inférieure), Jeannel (Alpes-Maritimes) et Simonin (Meurthe-et-Moselle), anciens membres du Conseil général, sont nommés membres honoraires du Conseil général de l'Association générale des médecins de France.

VŒUX

M. Boutequoy, au nom de la Société locale de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine, émet le vœu pour que l'Association générale vienne en aide aux jeunes médecins au sortir de la Faculté, en contribuant à les placer dans les localités ayant besoin de docteurs.

M. Pestel, au nom de la Société locale de l'Indre, émet un vœu dans le but de hâter la révision de la loi du 19 ventôse an XI.

M. Dubois (de Limoges) émet le vœu tendant à obtenir qu'une prescription légale interdise aux pharmaciens l'exercice de la médecine concurremment avec celui de la pharmacie.

M. Foville, au nom de la Société des Côtes-du-Nord, donne lecture du vœu suivant :

« La Société locale des Côtes-du-Nord prie l'Association générale des médecins de France de vouloir bien user, en temps opportun, de son influence près des pouvoirs publics pour appuyer le projet élaboré par le Conseil d'État sur l'exercice de la pharmacie. »

M. Paillé, au nom de la Société locale de Rochefort, émet le vœu suivant :

« Art. 1er. — Nul n'est admis à exercer la médecine en France et dans les colonies s'il n'est docteur en médecine.

« Art. 2. — La Société émet le vœu que cette loi soit appliquée par le département de la marine comme elle l'est par le département de la guerre. »

M. Foville, au nom de M. Surmay (de Ham), obligé de quitter la séance, donne lecture d'un vœu pour la propagation de l'*Annuaire*.

Tous ces vœux et propositions sont renvoyés à l'étude du Conseil général.

—

L'ordre du jour étant épuisé, M. le Président, avant de lever la séance, s'exprime en ces termes :

Messieurs et chers collègues,

C'est un besoin de mon cœur de vous remercier de votre concours actif et bienveillant pendant les journées d'hier et d'aujourd'hui, que je peux dire glorieuses et heureuses pour l'Association.

Il m'eût été bien agréable cette année, comme les années précédentes, de redoubler ces remercîments, chez moi, avec l'assistance de la présidente, Mme Roger, qui est la meilleure moitié de moi-même ; mais ce soir, il y aura écrit sur la porte de la maison du boulevard de la Madeleine, n° 15 : *fermé* pour cause de maladie, — rouvrira l'année prochaine pour cause de santé et d'amitié. — Et, dès aujourd'hui, je vous fais ma cordiale invitation.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, L. Martineau.

JOURNAL DES JOURNAUX

Typhus cérébro-spinal, par M. le docteur Harrison (de Selkirk). — Sous la rubrique de « *peculiar form of fever* », l'auteur a communiqué au Congrès annuel de l'Association médicale du Canada (séance du 7 septembre 1882), quatre observations intéressantes que les membres du Congres ont considérées comme des cas de typhus cérébro-spinal. Le début de la maladie était insidieux et présentait toutes les apparences d'une fièvre rémittente. Le ventre était sensible; on observait des hémorrhagies nasales, de la céphalalgie, de la douleur à la nuque. Le type intermittent fut remplacé après quelques jours, par la forme continue et la quinine fut sans effet. On constatait alors du strabisme, des soubresauts musculaires douloureux. Deux des malades succombèrent, mais l'autopsie ne put être pratiquée. Les docteurs Holmes et Tye, de Chattam, ont été témoins de cas semblables qu'ils citent à l'appui des observations de M. Harrison. (*The Canadian Journ. of med. science*, p. 341 ; octobre 1882.).

Amblyopie par tabagisme, par le docteur Krondhjem. — Deux des observations étaient celles de femmes qui avaient l'habitude de fumer. Il existait des scotomes, du daltonisme de l'œil droit pour le rouge et le gris, qui paraissaient bleus. L'œil gauche percevait nettement ces trois couleurs. Chez l'une d'elles, on dut employer l'électrisation du globe oculaire.

Le troisième cas est celui d'un matelot qui faisait à la fois abus du tabac et de l'alcool. L'abstinence fut continuée pendant quelques jours et la guérison complète. (*Recueil d'ophthalmol.*, 1er août 1882.) — L. D.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 16 au 21 avril 1883.

Lundi 16 et mardi 17. — Pas de thèses.

Mercredi 18. — M. Gérente : Le délire chronique ; étude clinique. (Président, M. Charcot.)

M. Cochet : Des injections hypodermiques. (Président, M. Duplay.)

M. Bardet : Contribution à l'étude des abcès des trompes utérines. (Président, M. Potain.)

M. Pillet : Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque. (Président, M. Potain.)

Jeudi 19. — M. Mathelin : Quelques observations de pneumonie traitées par les saignées coup sur coup. (Président, M. Hardy.)

M. Conil : Étude sur l'évonymine. (Président, M. Jaccoud.)

M. Buret : Du diagnostic de l'ectopie rénale. (Président, M. Laboulbène.)

M. Baril : Souvenirs d'une expédition militaire au Sénégal pendant l'épidémie de fièvre jaune de 1878 à bord du *Travailleur*. (Président, M. Laboulbène.)

M. Martin : Essai sur le traitement de l'otite moyenne suppurée. (Président, M. Richet.)

M. Brochard : Considérations sur les onyxis diathésiques, et en particulier l'onyxis congénital et héréditaire, surtout au point de vue du traitement. (Président, M. Ball.)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS. — HOUZEL.

Lorsqu'un enfant naît dans un état de mort apparente, on enlève avec le doigt les mucosités de la bouche et de l'arrière-bouche, puis on pratique rapidement l'insufflation. Si elle ne réussit pas, ce qui est le cas le plus ordinaire, on saisit l'enfant à pleines mains, les pouces sous les aisselles, les doigts réunis derrière la nuque pour soutenir la tête, puis on le plonge dans un seau d'eau à 50° environ. On l'y laisse une demi-minute à peu près, en même temps qu'on essaie de pratiquer la respiration artificielle, en comprimant le thorax avec les mains. On l'enlève brusquement, on le plonge dans un seau d'eau très froide, d'où on le retire aussitôt pour le replonger dans l'eau chaude, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la respiration soit bien établie. Souvent à la deuxième ou troisième immersion, on obtient une inspiration profonde, et en continuant avec persévérance, on arrive à rétablir la respiration. L'auteur a employé cette méthode avec succès dans un grand nombre de cas. — N. G.

COURRIER

POLYCLINIQUE DE BERLIN. — Le docteur Lœwe, médecin en chef de la Polyclinique, nous prie, dans l'intérêt des médecins français qui visiteront Berlin, de publier l'avis ci-joint :

Les médecins qui viendront visiter l'Exposition hygiénique de Berlin, trouveront à la Polyclinique de cette ville des cours spéciaux d'Otologie, de Rhinoscopie, de Dermatologie, de Syphiliologie, de Laryngoscopie, de Neuropathologie, d'Électrothérapie et d'Ophthalmologie, etc.

Chaque cours commence le premier du mois et dure trente jours. — La Polyclinique de Berlin se trouve Louisenstrasse, 51, vis-à-vis de l'hôpital de la Charité.

ASSOCIATION SCIENTIFIQUE DE FRANCE. — La prochaine conférence de l'Association scientifique de France aura lieu le jeudi, 19 avril, à 8 h. 30 du soir, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Troost, professeur à la Faculté des sciences.

M. le docteur Chervin, directeur de l'Institution des Bègues de Paris, traitera le sujet suivant : *Les défauts de prononciation et leur traitement.*

Les cartes, dont la présentation est nécessaire pour entrer dans l'amphithéâtre, sont délivrées par M. Cottin, au secrétariat de la Faculté des sciences, à la Sorbonne, escalier n° 3, tous les jours, de 1 h. à 4 heures.

CONSEIL D'HYGIÈNE. — *La rage.* — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. L. Leblanc, membre de l'Académie de médecine, a donné lecture d'un rapport duquel il ressort que le nombre des cas de rage a diminué très sensiblement en 1882.

En effet, si le nombre des nombre des personnes mordues a été de 156 en 1881 et de 66 seulement en 1882, les cas de rage constatés chez l'homme ont été au nombre de 23 en 1881 et de 11 en 1882.

Le Conseil a émis ensuite le vœu que le ministre approuve *dans le plus bref délai* les conclusions du rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur les mesures qu'il conviendrait de prendre pour empêcher et prévenir la propagation de la rage.

SERVICE DÉPARTEMENTAL DES VACCINATIONS DU RHÔNE. — Par arrêté en date du 9 mars 1883, M. le Préfet a nommé médecins vaccinateurs du département du Rhône :

1° M. le docteur Chanel (de Tarare), pour les communes de Pontcharra, Saint-Loup, Dareizé, les Olmes, Saint-Romain, Ancy, et Saint-Forgeux, appartenant au canton de Tarare ;

2° M. le docteur Besançon (de Villefranche), pour les communes d'Anse, Ambérieux, Liergues, Lachassagne, Pommiers et Pouilly-le-Monial, appartenant au canton d'Anse.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Service de M. SIREDEY.

Fièvre typhoïde et Grossesse,

Par M. MARTINET, interne du service.

Suite. — (Voir le numéro du 14 avril.)

Il nous reste à traiter des causes directes de l'avortement, de sa pathogénie. Nous nous empressons de déclarer que nous n'avons sur ce sujet aucune idée spéciale et que nous ne voulons édifier aucune théorie plus ou moins hypothétique. Jusque-là, nous nous sommes contenté d'exposer des faits et d'analyser ceux qui étaient déjà connus, c'est cet esprit d'analyse et de critique que nous désirons porter jusque dans cette étude de pathogénie.

On a cru devoir donner, comme cause d'avortement, la diarrhée et les contractions abdominales qui l'accompagnent, ou la toux et les efforts qu'elle nécessite; nous ne nous arrêterons pas à discuter de pareilles théories; une foule d'affections gastro-intestinales avec diarrhée profuse et d'affections thoraciques avec toux quinteuse et persistante, atteignent les femmes en couches sans provoquer l'avortement; nous ne voyons pas pourquoi ces symptômes auraient ce fâcheux privilège dans la fièvre typhoïde, où ils sont presque toujours peu prononcés?

Une condition pathogénique, qui nous paraît plus sérieuse, réside dans la congestion utérine, celle qui survient au début et qui se traduit par ce raptus hémorrhagique, auquel Gubler a donné le nom d'épistaxis utérine. Cette perte et les contractions qu'elle entraîne peuvent en effet amener le décollement des membranes de l'œuf et son expulsion. Mais cette hémorrhagie est un phénomène des premiers jours, et n'avons-nous pas vu que l'avortement se faisait à la fin du troisième septénaire. De plus, ce symptôme a manqué chez toutes nos malades.

A côté de cette congestion active, se place la stase sanguine, la congestion passive : elle peut, tout aussi bien que la précédente, donner lieu à des décollements, à des contractions utérines. Or, est-elle fréquente dans la fièvre typhoïde? Assurément, et il est un fait admis généralement, c'est qu'à une certaine période de son évolution, et particulièrement à la fin de sa période d'état, la fièvre typhoïde laisse voir une tendance marquée à la stase sanguine dans certains viscères. L'action du cœur s'est ralentie, sa force d'impulsion a diminué, la circulation en retour est gênée et, de là, l'engouement pulmonaire et les hémorrhagies intestinales avec suffusion sanguine sans ouverture des vaisseaux; de là, enfin, congestion utérine et métrorrhagie.

Cette hémorrhagie est encore favorisée par une altération spéciale des petits vaisseaux qui ont pu devenir granuleux et friables. Cette altération vasculaire peut s'accompagner d'un certain état inflammatoire de la muqueuse utérine; la chose n'est point invraisemblable, mais elle n'a point été démontrée.

C'est là, sans aucun doute, une cause assez fréquente d'avortement, mais nous ne pouvons l'invoquer dans tous les cas et particulièrement pour certaines de nos malades, celles qui, par exemple, ont accouché en pleine convalescence; en outre, nous n'avons point noté d'hémorrhagie et ce symptôme n'eût pas manqué dans le cas où l'utérus aurait été fortement congestionné.

Quand aux membranes de l'œuf, ne subiraient-elles pas de profondes altérations? Jusqu'ici, nous ne les avons trouvées mentionnées nulle part; c'est là un point à élucider.

Les températures élevées ont à leur tour été incriminées, et avec raison paraît-il, puisque l'expérimentation a montré leur action nocive sur l'embryon. Runge a fait, sur les chiennes, des expériences dont voici les résultats : A 41°, avortement constant, fœtus mort, et même, si l'on sacrifie la mère avant l'avortement, on trouve le fœtus mort. Les températures de 40° sont supportées, mais à condition qu'elles durent peu. Celles de 39°, mais prolongées, sont également mortelles. Enfin, l'hyperthermie aurait amené des contractions utérines et l'expulsion d'un fœtus vivant. Donc, deux mécanismes, mort du produit et expulsion ou action sur le muscle utérin, d'où contraction et expulsion du fœtus vivant.

Ces conclusions peuvent être vraies dans certains cas, mais nos observations ne semblent pas leur donner complètement raison. Dans presque toutes la température s'est élevée à 40° un petit nombre de jours et ne s'y est pas maintenue. Notre observation VIII, en particulier, est absolument en contradiction avec les notions fournies par l'expérimentation. Ici, en effet, la température a atteint un soir 41° et oscillé autour de 40° pendant près de huit jours, et néanmoins la grossesse a pu arriver à son terme et l'enfant est venu au monde vivant. Peut-être y aurait-il une restriction à faire; l'époque avancée de la grossesse, sept mois et demi, aurait permis au fœtus de résister plus facilement aux effets de l'hyperthermie.

On a parlé aussi de l'action des médicaments, du sulfate de quinine, en particulier, mais aucune de nos malades n'en avait pris; seule la malade qui fait le sujet de l'observation VIII et qui précisément a pu mener sa grossesse à terme, en avait absorbé deux grammes deux fois de suite, et un gramme continué trois jours à peu près.

L'ergotine a été donnée en injections sous-cutanées à la malade de l'observation I; ce médicament, qui d'ordinaire fait entrer en jeu presque immédiatement la contractilité des fibres de l'utérus, ne paraît pas avoir été ici la cause de la fausse couche, puisque celle-ci est survenue trois jours après la dernière injection, et que jamais la malade n'a accusé aucune douleur utérine pouvant être attribuée à l'ergotine.

Il est une dernière cause sur laquelle on n'a peut-être pas assez insisté, et qui cependant doit entrer en ligne de compte, nous voulons parler de l'altération du sang. Ces modifications morbides sont notées partout, nous ne les énumérerons donc pas. Or, les échanges ne sont-ils pas incessants entre la mère et l'enfant, et tout ce qui pourra nuire à la première, n'aura-t-il pas sur le second un fâcheux retentissement.

N'est-il pas évident que ce qui produit ces dégénérescences et ces lésions organiques si profondes agit d'une manière plus funeste encore sur un jeune organisme. Et celui-ci sera frappé d'autant plus sûrement qu'il sera atteint à une période plus rapprochée de la conception. Et précisément nous avons vu que l'avortement est plus fréquent dans les premiers mois de la grossesse.

Nous craindrions d'être incomplets si nous ne parlions pas rapidement des indications thérapeutiques qui peuvent être déduites de l'exposé clinique que nous avons fait. L'on peut déclarer, en toute assurance, que la grossesse ne constitue pas une contre-indication dans l'emploi du traitement classique de la fièvre typhoïde. Ni les évacuants répétés, ni le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50, ni les lotions vinaigrées, ne doivent être proscrits. Quand à l'ergotine, à cause de son action toute spéciale sur les éléments musculaires de l'utérus, son emploi doit être très restreint, et on ne doit avoir recours à cet agent, dans le cas d'hémorrhagie intestinale grave, par exemple, que lorsque les autres moyens ont échoué.

Enfin, quand dans le cours ou à la fin d'une fièvre typhoïde les douleurs abdominales, avec hémorrhagie utérine, et un commencement de dilatation du col font craindre un avortement, peut-on l'éviter? La chose nous paraît difficile, néanmoins

on doit l'essayer, en se servant des moyens usités en pareille circonstance : repos absolu et lavements laudanisés. Toutefois, l'administration du laudanum en lavement ne sera permise que s'il y a absence d'albumine dans les urines ou un précipité insignifiant. Si l'avortement vient à se produire, on n'en continuera pas moins le traitement déjà institué contre la maladie générale, tout en prenant contre le développement des accidents puerpéraux les précautions ordinaires.

Nous terminons cette courte étude par l'énoncé des conclusions suivantes :

1° La fièvre typhoïde est rare dans le cour de la grossesse;

2° Elle détermine l'avortement dans plus de la moitié des cas, d'autant plus sûrement que la grossesse est moins avancée;

3° Les formes les plus légères peuvent produire l'avortement;

4° Cette complication survient ordinairement dans le cours du troisième septénaire et quelqufois au début de la convalescence; elle n'entraîne ni recrudescence, ni retour de la fièvre;

5° Les accidents puerpéraux sont exceptionnels;

6° Les causes prochaines de l'avortement sont encore inconnues; les températures élevées, la congestion utérine, active ou passive, et l'altération du sang, quoique paraissant des plus probables, ne peuvent être invoquées dans tous les cas;

7° Le traitement général de la dothiénentérie et celui de l'avortement restent les mêmes qu'en toute autre circonstance

---

REVUE GÉNÉRALE ÉTRANGÈRE

LE BACILLE DE LA TUBERCULOSE (1).

Une autre note discordante est donnée par Max Schottelius. Il estime qu'avec le bacille de Koch, nous connaissons à la vérité une des causes immédiates, non la seule, de la tuberculose. Il refuse d'admettre, à la suite de Koch, d'Orth et de Damsch, l'identité de la tuberculose et de la pommelière du bétail, impliquée d'après ces observateurs par la constatation du même bacille dans ces deux affections. C'est un rapprochement, ne l'oublions pas, que Villemin avait fait, sur d'autres bases, depuis longtemps. (*Gazette hebdomadaire*, 1866.)

Quant à Kowalski, médecin d'état-major autrichien, dont l'expérience est considérable puisqu'il n'accuse pas moins de 3,000 examens microscopiques pratiqués sur 600 malades, depuis le mois de mai 1882, c'est sans aucune restriction, pour ainsi dire, qu'il adhère aux propositions les plus absolues de Koch ou de Balmer.

Dans le même esprit, Aug. Pfeiffer conseille d'examiner, plusieurs jours de suite, les crachats avec de forts grossissements avant de conclure. Il les dissout dans une solution alcaline et colore par le violet de gentiane ou le brun de Bismark. Le nombre et la grosseur des bacilles augmentent bien avec la gravité des cas. Ils peuvent manquer à plusieurs examens successifs, puis reparaître avec les caractères qui fixent le pronostic. Ainsi, dans un cas léger, il a trouvé les bacilles nombreux 7 fois, rares 14 fois, absents 7 fois. Dans un cas terminé par la mort, nombreux 16 fois, rares 6 fois, absents 3 fois. Ce ne serait donc qu'une question de moyenne.

Lichtheim a retrouvé les bacilles dans les selles d'individus atteints d'ulcérations tuberculeuses des intestins. Mais cette constatation perd beaucoup de son importance devant l'assertion de Crämer, qui prétend avoir reconnu les mêmes organismes dans 20 examens successifs de selles de sujets en parfaite santé. D'autres recherches de Lichtheim sont demeurées négatives s'adressant aux urines d'individus suspects de tuberculose uro-génitale. Une seule fois, sur le cadavre, il a rencontré des bacilles dans les bassinets d'un rein de tuberculeux.

Mais Rosenstein a été plus heureux. C'est à lui qu'on doit la première constatation des bacilles dans l'urine des tuberculeux sur le vivant. Il s'agit d'un homme de 37 ans, malade depuis quatre ans, porteur d'une épididymite caséeuse double, albuminurique. Miction fréquente. Quantité journalière : de 800 à 1660 grammes; urine abandonnant au repos un dépôt abondant de mucus, de pus et de globules rouges. L'urine recueillie et gardée vingt-quatre heures dans une solution de thymol, la partie liquide décantée, une goutte du sédiment fut traitée à la façon des crachats, suivant la méthode modifiée d'Ehrlich. A un fort grossissement, il rencontra de très nombreux bacilles, en particulier dans les flocons sédimentaires.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 14 avril.

Rosenstein recommande particulièrement l'emploi du bleu de méthylène, pour éviter la confusion avec d'autres organismes vivant dans l'urine fraîche.

Frankel fait aussi faire un pas, dans une autre direction, au diagnostic des tuberculoses locales : il s'agit de la tuberculose laryngée. La tuberculose laryngée étant généralement un incident de la phthisie commune, la difficulté est d'obtenir, au moyen du laryngoscope et du pinceau laryngien, la sécrétion propre de l'organe. On y parvient avec quelque exercice, et la présence du bacille pose le diagnostic à coup sûr. Son absence plaide pour la laryngite commune.

En dehors de ce résultat capital, Frankel, constatant que les applications d'iodoforme, qu'on tendait à considérer comme le spécifique de ces lésions, n'ont aucune influence sur les bacilles, conclut à la nécessité de trouver un topique plus efficacement parasiticide.

La doctrine de Koch a trouvé, en Amérique, quelques contradicteurs délibérés. Dans un travail lu à la Société médicale de Philadelphie, le professeur Formad nie que Koch soit autorisé à voir dans le bacille la cause de la tuberculose. Le tubercule est simplement un milieu favorable à la croissance du bacille, qui joue, à la vérité, le principal rôle dans le processus de destruction d'un parenchyme primitivement tuberculeux. On comprend cependant, que, dans ce sens, le nombre et les dimensions du bacille règlent encore, comme pour les orthodaxes, la gravité de l'affection.

H. D. Schmidt, de la Nouvelle-Orléans, va plus loin : Les corps que Koch a pris pour des micro-organismes ne sont autre chose que des cristaux d'acides gras, ainsi que le démontre, entre autres, la réaction de l'éther, qui les dissout.

En Angleterre, l'étude du bacille se poursuit concurremment avec la vaste enquête sur la contagion de la phthisie pulmonaire, provoquée sur tout le territoire du Royaume-Uni par la British medical Association, et dont nous aurons sans doute à entretenir prochainement nos lecteurs. Ce sont deux termes d'un même problème.

Héron, après examen de 62 malades, admet que la gravité de l'affection tuberculeuse se mesure très exactement au nombre des bacilles rencontrés dans les crachats; 3 ou 4 bâtonnets dans le champ du microscope sont un signe de bénignité ; 30 et plus sont du plus mauvais pronostic. L'expérience de Dreschfeld combat cette opinion. Charnley Smith s'est préoccupé de retenir au passage, dans un but d'investigation clinique, les bacilles charriés dans l'air expiré par les tuberculeux ; pendant que Gairdner, de Glascow, envisage les conséquences pratiques qui s'imposent, de par la découverte du bacille, à l'hygiène et à la prophylaxie.

A l'Académie de médecine irlandaise, le 2 février 1883, M. Purser communiquait la très intéressante observation, avec pièces à l'appui, d'un sujet mort de tuberculose, atteignant le poumon (tub. fibreux), le foie, la rate, et chez qui le bacille fut trouvé dans les crachats cinq semaines avant que les signes stéthoscopiques accusassent la phthisie. La maladie première était une dégénérescence amyloïde du foie. La contre-partie de cette observation est donnée par Walter Smith : chez un homme atteint d'une tumeur intra-thoracique et qu'une toux fréquente, des crachats abondants et un état général suspect devaient faire classer immédiatement comme phthisique, l'examen microscopique ne révéla aucun bacille dans les crachats. Il y a de cela sept mois, et aucun symptôme de phthisie ne s'est encore dénoncé.

C'est en effet une démonstration qui nous paraît acquise que celle de la valeur diagnostique du bacille. Le premier fait se dégage avec évidence de l'enquête à laquelle nous venons de nous livrer. Toutefois, il s'agit là d'une valeur de présence et non de défaut : c'est-à-dire que si la constatation du bacille permet de poser le diagnostic de la tuberculose, son absence n'autorise pas à la nier ; de plus, cette démonstration n'est encore faite, éprouvée par des faits suffisamment nombreux, vraiment probants, que pour les lésions pulmonaires de la tuberculose et les sécrétions sous sa dépendance. Les divergences s'accentuent lorsqu'il s'agit d'en faire, par ses caractères de fréquence ou de développement, un élément de pronostic. Mais la solution, même la plus favorable, la plus conforme aux vues de Koch donnée à ces deux questions préjudicielles, n'entraînerait pas encore, de par les faits, cette portée doctrinale admise par des esprits trop prompts à la généralisation, que la tuberculose est une affection parasitaire par essence, et que le bacille est l'agent d'une contagion problématique.

R. Longuet.

CHRONIQUE

Une épidémie démoniaque en 1878. — La *Revue scientifique* du 10 avril 1880 a publié une analyse d'une relation très étendue donnée par MM. Franzolini et Chiap sur une épidémie d'hystéro-démonopathie observée en Italie, à Verzegnis (Frioul).

Les causes et l'histoire de cette épidémie ont été minutieusement étudiées à cette époque; elle fut attribuée principalement au peu d'instruction, à la superstition et à la nervosité des habitants du pays. Une jeune fille ayant eu d'abord des attaques d'hystéro-épilepsie, de forme démoniaque, toutes les femmes jeunes furent peu à peu atteintes de même, et il fallut prendre d'urgence des mesures énergiques. On fit transporter les plus malades à l'hôpital de la ville voisine (Udine); on séquestra les autres dans leurs familles, avec des carabiniers à leur porte; on installa un médecin à demeure dans le village, qui en manquait, et enfin on interdit les solennités religieuses, qui semblaient avoir une influence marquée sur l'apparition des crises.

Ces moyens eurent des résultats presque immédiats. Une récidive faillit avoir lieu par suite de la visite à Verzegnis d'un certain baron D..., colonel en retraite et spirite enragé.

Ce baron était venu de Turin avec la conviction de trouver dans cette épidémie de Verzegnis du spiritisme de la plus belle eau. Le danger était que, les habitants de Verzegnis ne pouvant faire aucune différence entre leurs idées sur les influences diaboliques et les interprétations spirites de D..., l'épidémie se renforçât à toute vapeur. Mais le préfet d'Udine, informé par M. Franzolini des intentions du baron D..., enjoignit au commissaire d'avoir l'œil sur le dangereux visiteur. Heureusement pour les habitants de Verzegnis, une attaque de sciatique empêcha D... de rester assez longtemps et le força de partir subitement, non sans colère, pour Turin. La guérison des épidémiques put s'achever sans encombre. (*Revue scientifique* du 17 mars 1883).

Statistique du tabac. — Les renseignements les plus récents ont donné les résultats suivants sur ce produit. L'Asie en fournit 31,000 quintaux; l'Alsace-Lorraine, 160,000; la Bavière, 156,000; le duché de Bade, 242,000; l'Allemagne du Nord, 100,000 dont un quart pour la Prusse; les Pays-Bas, 85,000; l'Italie, 93,000; la Russie, 180,000; l'Autriche, 1,000,000. En Amérique, le Brésil en produit 300,000; Cuba, 610,000; l'Amérique du Nord, 3,400,000. La quantité annuelle totale s'élève à 18 millions de quintaux. La quantité annuelle totale consommée en Russie, France et Angleterre, est en moyenne d'une livre par habitant; en Italie, d'une livre 1/2; en Autriche, 2 1/2; aux Etats-Unis et en Allemagne, 3 livres; en Belgique, près de 5 livres et en Hollaude 5 3/5. Aussi est-ce en Hollande qu'il y a le plus de brouillards.

Influence de l'excès de travail sur les altérations dentaires. — Les docteurs Sitherwood et Harlan on remarqué que, chez étudiants qui travaillent beaucoup, les dents s'altèrent rapidement, et que l'interruption des études arrête le mal. Cela vient-il de ce que le cerveau consomme les aliments phosphatés destinés aux dents, ou de ce que la santé générale souffre des excès de travail? M. P. Lucas-Championnière dit que ces résultats ont été confirmés par un dentiste de talent, et il a vu lui-même bien des faits de ce genre. D'après lui, plus on veut faire travailler un enfant, plus il faut surveiller la dentition, afin d'arrêter dès le début les progrès du mal; ceux qui suivent la carrière des concours doivent donner un grand soin à leurs dents, si ils ne veulent pas les perdre.

Ces observations méritent d'être contrôlées; il n'est pas douteux que la carie dentaire reconnaît souvent pour cause des états dyscrasiques, des troubles généraux de la nutrition. Que ce soit par l'intervention du système nerveux ou d'un manque de phosphate dans l'économie, l'intérêt qu'elles soulèvent n'est pas moindre; on se rappelle que l'érosion dentaire a été signalée après l'éclampsie infantile et une forme particulière de la carie dans le cours de l'ataxie locomotrice. L'absence de prosphates tendrait à faire rapprocher les faits signalés de ceux dont on a parlé il y a quelques annés, et où la frequence de la carie des dents chez les femmes enceintes était attribuée à l'emploi du phosphate de chaux de la mère à la formation du tissu osseux du fœtus.

Quoi qu'il en soit, il y a là évidemment une intéressante question d'hygiène dentaire. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Mesures contre la séquestration des aliénés. — A la suite du scandale de la séquestration de M[lle] de Monasterio, le ministre de l'intérieur a fait parvenir des instructions à tous les commissaires de police de Paris, au sujet des aliénés :

Tout en obéissant aux termes de la loi du 30 juin 1838, ces fonctionnaires seront obligés de voir, eux-mêmes, les malades dont on demande la séquestration et qui, à leur requête, seront visités par un docteur en médecine qui prêtera le serment exigé par la loi; des témoins pris, non seulement dans la famille et parmi les amis, mais dans le voisinage, seront entendus et leur déclaration sera consignée sur un procès-verbal.

En règle générale, d'ailleurs, aucun aliéné, ou supposé tel, ne sera conduit directement

dans un asile public ou particulier. Il sera nécessaire qu'il passe par l'infirmerie spéciale de la préfecture de police pour y être soumis à la visite des médecins aliénistes :

En outre, tous les établissements où sont reçus les aliénés devant être visités au moins une fois par mois par le procureur de la République, une visite du même genre devra être faite, tous les huit jours, par un commissaire de police désigné à cet effet; il recevra les déclarations des aliénés et transmettra au préfet de police celles qui lui paraîtront devoir être examinées.

Le ministre estime qu'il ne faut pas s'exposer à maintenir, un instant de plus qu'il n'est nécessaire, dans un établissement d'aliénés, des infortunés qu'un trouble passager a pu y conduire et que des soins éclairés ont rendu à la santé.

En résumé, les directeurs d'asiles d'aliénés ne doivent plus, désormais, recevoir dans leurs établissements des personnes atteintes d'aliénation mentale, sans un ordre du préfet de police, qui ne le donnera d'ailleurs que sur le vu d'un procès-verbal d'enquête dressé par un commissaire de police.

Les suicides à Berlin. — Les suicides se multiplient à Berlin; on lit dans le *Berliner Tagblatt* du 10 avril :

Au mois de mars dernier, le chiffre des suicides à Berlin a dépassé la moyenne. Sur 57 cas dénoncés à la police, on remarque 10 fois l'usage des armes à feu; 17 fois la pendaison et autant de fois l'empoisonnement; 13 désespérés se sont jetés à l'eau. Tous les âges et toutes les classes de la société ont fourni leur contingent, depuis des élèves de 12 ans jusqu'à des vieillards de 80 ans. Plusieurs suicides ont été exécutés en famille, entre fiancés, entre jeunes mariés. La misère, les chagrins de famille, les amours contrariés, la crainte de punition à l'école, des maladies incurables, ont été les causes les plus fréquentes d'une fin tragique. Les femmes ne figurent que pour un quart dans cette triste statistique, que les journaux de Berlin publient régulièrement chaque mois.

Société française d'otologie et de laryngologie. — Le 21 mars dernier, la plupart des médecins otologistes et laryngologistes de Paris se réunissaient à ceux de la province et à quelques médecins étrangers pour fonder une Société sous le nom de « Société française d'otologie et de laryngologie ».

La première séance a été consacrée à la discussion des statuts de la Société. Le comité se compose de cinq membres résidants à Paris et de deux membres, dont l'un de province et l'autre de l'étranger. Ont été élus membres du comité : MM. Baratoux, Cadier, Gellé, Ménière et Moure, de Paris; Moure, de Bordeaux, pour la province, et Bayer, de Bruxelles, pour l'étranger.

Le secrétaire annuel et le trésorier-archiviste sont élus au sein du comité parmi les membres résidants à Paris; MM. Baratoux et Ménière ont été élus pour remplir ces fonctions pendant l'année 1883.

La Société d'otologie et de laryngologie se réunira trois fois par an, en deux séances ordinaires et une extraordinaire. Cette dernière, à laquelle assisteront spécialement les membres de la province et de l'étranger, aura lieu à l'époque des vacances de Pâques.

Le 22 mars, la Société a tenu sa première séance. Des nombreux travaux qui lui ont été communiqués, nous citerons une observation de M. Naquet, de Lille, sur un cas de syphilis héréditaire tardive, avec perte de substance du voile du palais et otite moyenne double qui a donné lieu à une discussion assez vive au point de vue du diagnostic et du traitement. M. Moure, de Bordeaux, a communiqué un nouveau fait de laryngite sèche, et M. Koch, de Luxembourg, a présenté une observation intéressante de corps étranger situé au niveau de la bifurcation de la trachée.

Pour la prochaine réunion qui aura lieu au mois d'octobre, une lettre sera envoyée à chaque membre par le secrétaire annuel. Les personnes qui désireraient faire quelques communications à la Société sont priées de les adresser à M. Baratoux, 12, rue Condorcet, Paris.

Signé : *Le secrétaire*, J. BARATOUX.

Les femmes étudiantes à la Faculté de médecine de Paris. — Nous empruntons les faits suivants à un rapport que M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, vient d'adresser au vice-recteur :

Le nombre des femmes qui ont suivi les cours de la Faculté de médecine en qualité d'étudiants régulièrement inscrits, c'est-à-dire après avoir produit les deux diplômes obligatoires du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences, ou tout au moins, lorsqu'elles appartiennent à une nationalité étrangère, des certificats d'études reconnus équivalents, a été, pendant l'année scolaire 1881-1882, de 39, savoir :

Françaises, 10; Anglaises, 11; Américaines, 5; Russes, 9; Hongroise, 1; Polonaise, 1; Roumaine, 1; Indienne, 1.

Un mot d'histoire ancienne. — Linacre, comme plus tard Sydenham, mourut de la pierre, après une terrible agonie, le 20 octobre 1524. Il avait l'habitude de se soulager avec des fleurs de camomille et de la racine de persil enfermées dans un linge, ou que l'on faisait bouillir dans l'eau jusqu'à ce que la moitié du liquide fût évaporée. On tordait alors le linge, on l'appliquait tout chaud sur la vessie et sur les reins, puis il buvait, chaude, la tisane ainsi faite. Pendant une violente crise, l'emploi de ce remède provoqua l'expulsion d'un calcul de la grosseur d'une amande. Il est très probable que, s'ils eussent vécu à notre époque, Bigelow ou Keyes auraient guéri Linacre et Sidenham.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 avril 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — De la suture osseuse et des accidents qu'elle peut produire. — Rapport sur une observation de luxation de la rotule en dehors, consécutive à un traumatisme de la moelle épinière. — Communication sur les rapports du rachitisme avec la syphilis; discussion.

M. Horteloup, secrétaire général, donne lecture d'un travail adressé par M. Pamard (d'Avignon), membre correspondant, relatif à des accidents produits par la suture osseuse. Ayant pratiqué cette opération sur un malade auquel il avait fait l'amputation ostéo-plastique du pied, suivant le procédé de M. Léon Le Fort, ce chirurgien a vu les plaques de plomb autour desquelles les fils métalliques étaient enroulés, déterminer des ulcérations graves des tissus sur lesquels elles étaient restés appliquées pendant 21 jours.

M. Pozzi fait remarquer que l'observation de M. Pamard ne prouve pas contre la suture osseuse, mais contre certains modes défectueux d'application de cette suture.

Dans le cas de M. Pamard, les plaques de plomb ont été laissées appliquées pendant vingt et un jours, ce qui explique pourquoi la pression exercée par ces plaques pendant un temps si long ont déterminé des accidents de mortification des tissus. M. Pozzi a l'habitude de placer, au niveau des points où les plaques doivent être appliquées, des coussinets d'amadou entre les plaques et les tissus, et il ne laisse ces plaques en place que pendant 6 jours.

Lorsqu'on veut faire une suture profonde et la maintenir sous le pansement ouaté, il convient de remplacer les fils d'argent par des fils de catgut. Au bout de quatre, cinq ou six jours, le catgut est résorbé et les plaques de plomb tombent d'elles-mêmes. Il ne faudrait pas que l'observation de M. Pamard détournât les chirurgiens de la suture osseuse, qui est un moyen excellent de fixer les extrémités osseuses à la suite de l'amputation ostéoplastique du pied.

M. Trélat trouve parfaitement fondées les remarques présentées par M. Pozzi au sujet des ulcérations produites par la pression des plaques de plomb autour desquelles on enroule les fils métalliques dans la suture osseuse. Pour éviter cet accident, M. Trélat prend le soin de desserrer de temps en temps les fils pour diminuer la pression, et il enlève les plaques au bout de six jours. Il n'y a pas, suivant lui, d'opération qui nécessite de laisser les plaques appliquées au delà de ce laps de temps.

— M. Chauvel lit un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Guermonprez (de Lille), relative à un cas de luxation de la rotule en dehors consécutive à un traumatisme de la moelle, suite de fracture de la colonne vertébrale.

M. Desprès demande à M. le rapporteur s'il admet une relation quelconque entre la luxation de la rotule et le traumatisme, dans l'observation de M. Guermonprez.

M. Chauvel répond qu'il ne trouve aucune relation entre ces deux états.

M. Marc Sée ne partage pas l'opinion de MM. Chauvel et Desprès. qui pensent qu'il ne saurait exister de rapport entre la luxation de la rotule et le traumatisme de la moelle. Les faits montrent qu'il peut survenir, à la suite de ces traumatismes, ou même de simples commotions de la moelle, des lésions secondaires portant sur la nutrition des muscles, des os, des ligaments, autour de certaines articulations, d'où la possibilité d'une luxation consécutive à ces contusions ou commotions assez fréquemment observées dans les accidents de chemins de fer.

Il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce que des accidents capables de déterminer des troubles fonctionnels immédiats tels que la paralysie, produisissent également des troubles consécutifs dans la nutrition des muscles de la cuisse, par exemple, d'où la possibilité d'une luxation lente de la rotule.

M. Desprès considère comme une chose impossible que des lésions de la moelle produisent

une atrophie limitée à un seul muscle et susceptible d'amener la luxation de la rotule en dehors. Il a toujours vu dans les faits de ce genre l'atrophie musculaire affecter non un seul muscle, mais un groupe de muscles.

M. MARCHAND a observé, à la suite d'une fracture de la colonne vertébrale, une luxation en arrière complète de l'un des genoux.

M. CHAUVEL ne nie pas les effets consécutifs des traumatismes de la moelle sur la nutrition des muscles, des ligaments, etc.; mais, d'après les détails de l'observation de M. Guermonprez, il pense que, chez le malade dont il s'agit, la luxation de la rotule a été la conséquence de l'allongement du ligament latéral interne produit par l'attitude habituelle du membre paralysé.

M. SÉE dit qu'il a voulu faire allusion à des cas assez fréquents dans lesquels des individus, à la suite d'accidents de chemins de fer ayant produit des commotions, des contusions, des secousses légères en apparence et d'abord à peine senties, ont éprouvé, au bout d'un certain temps, des toubles fonctionnels plus ou moins graves indiquant l'existence d'une lésion de la moelle; troubles constitués par des paralysies, des atrophies musculaires et autres rendant tout travail impossible.

M. TRÉLAT dit avoir vu des cas analogues à ceux dont parle M. Sée, et dans lesquels les troubles morbides s'étant manifesté un certain temps après les accidents de chemins de fer, les médecins de la Compagnie ont déclaré qu'il n'y avait aucune relation entre la maladie et l'accident, si bien qu'ils ont fait refuser aux malades l'indemnité à laquelle ceux-ci avaient certainement droit.

— M. le docteur CAZIN (de Berck-sur-Mer), membre correspondant, lit un travail intitulé : *Le rachitisme et la syphilis.* Dans cette communication, l'auteur déclare qu'il ne saurait adopter la doctrine professée par M. Parrot sur la relation du rachitisme avec la syphilis.

Placé, à l'hôpital de Berck-sur-Mer, à la tête d'un nombreux service d'enfants scrofuleux et d'enfants rachitiques, M. Cazin à cherché à se renseigner auprès des parents appartenant en majeure partie à la classe ouvrière, sur leurs antécédents syphilitiques; il lui a été facile d'obtenir d'eux des aveux quand il les entretenait seul à seul; plusieurs même ont été au devant de ses questions. Or, il s'est trouvé que tous ou presque tous les enfants nés de parents accusant des antécédents syphilitiques, étaient des scrofuleux ; un seul était rachitique.

Deux fois seulement les enfants avaient présenté à la naissance ou au cours des six semaines suivantes des éruptions ou accidents auxquels M. Cazin a pu, d'après la description donnée par les mères, reconnaître la syphilis héréditaire. Or, ces deux cas appartenaient à un rachitisme très peu avancé et les enfants ne portaient aucun stigmate de la maladie constitutionnelle qu'ils avaient présentée à leur naissance.

Comme M. Desprès, M. Cazin a observé dans sa clientèle des parents qui avaient des enfants rachitiques sans avoir jamais eu eux-mêmes la syphilis, et réciproquement des jeunes gens très manifestement syphilitiques et qui, après leur mariage, ont eu des enfants syphilitiques sans aucune trace de rachitisme.

Si, ajoute M. Cazin, la syphilis des parents devait conduire au rachitisme, tous les enfants nés légitimement d'une même union devraient être rachitiques. Or, rien n'est plus fréquent de voir un premier enfant devenir rachitique, et un second ou un troisième être absolument indemne, et cela sans que l'un des époux ou les deux époux aient suivi de traitement antisyphilitique entre la naissance du premier enfant et celle des autres.

M. Cazin a donné des soins à une famille où tous les enfants du sexe féminin devenaient rachitiques tandis que les garçons étaient indemnes. La syphilis aurait-elle fait semblable sélection ? Enfin, on a toujours constaté la très grande rareté de la syphilis dans les campagnes, tandis que le rachitisme y est assez fréquent.

M. Cazin a examiné avec le plus grand soin 49 enfants atteints de rachitisme, qu'il a actuellement dans son service à Berck-sur-Mer. Ces 49 enfants, parmi lesquels 8 présentent de la scrofule concomitante, se décomposent en 21 garçons et 28 filles, dont l'âge, pour 29 d'entre eux, est de 2 à 5 ans ; et, pour les 20 autres, de 5 à 10 ans.

Aucun d'entre eux ne lui a présenté de dents avec érosion ; 6 ont les dents déchaussées, 5 les ont crénelées sur leurs bords tranchants. La commissure des lèvres ne lui a offert que deux fois des cicatrices sans caractère déterminé. La langue a toujours été trouvée exempte de traces de syphilis desquamative. Pas un seul cas de kératite interstitielle ni d'iritis. La peau n'a offert que cinq ou six fois des traces d'ulcération un peu gaufrée sur la région du dos ou sur les fesses. Rien de caractéristique, ni à la vulve, ni au pli génito-crural, ni à l'anus.

Du côté du système osseux, toutes les variétés des déformations rachitiques, pas une seule tuméfaction suspecte. Par contre, sur trois enfants de l'hôpital, une petite fille de 4 ans, un

garçon de 12 ans et une grande fille de 13 ans, M. Cazin a constaté l'existence de traces évidentes de syphilis infantile; mais il n'existait chez eux aucune manifestation rachitique.

Ainsi, contraste remarquable! chez les rachitiques de Berck-sur-Mer, pas de syphilis; chez les syphilitiques, pas de rachitisme.

M. Cazin tire encore un argument, en faveur de sa thèse, du fait du retard de la consolidation des fractures chez les syphilitiques, retard observé par beaucoup de chirurgiens chez des individus en puisssance de syphilis et que l'on n'observe pas généralement chez les rachitiques.

Enfin un dernier argument résulte des effets du traitement par l'hydrothérapie marine ou thalassothérapie appliquée aux enfants atteints de rachitisme ou de syphilis.

M. Cazin a constaté que dans les cas de fausse scrofule, si pittoresquement baptisée par M. Ricord du nom de scrofulate de vérole et que M. Cazin qualifie de syphilis héréditaire scrofuloïde, le traitement marin est plus nuisible qu'utile. Cet ordre de manifestations osseuses ou ulcéreuses s'aggrave, suivant lui, au bord de la mer. C'est quelque chose d'analogue à ce qui arrive aux pesonnes que l'on croit guéries de la vérole et qui prennent des bains de mer; on voit apparaître, chez elles, après quelques bains, une poussée de roséole, de scrofulides plus profondes, ou même des phénomènes plus graves.

Il en est tout autrement des enfants affectés de rachitisme et chez lesquels le traitement marin opère de véritables merveilles.

Il résulte d'une statistique de M. le docteur Perrochaud, le prédécesseur de M. Cazin à Berck-sur-Mer, que de 1870-1875, sur 102 cas de rachitisme soignés par lui, à cet établissement, il y a eu 30 guérisons complètes, c'est-à-dire avec redressement absolu et 32 guérisons aissant à désirer au point de vue plastique.

D'autre part, M. Baena, interne de M. Cazin, a relevé le nombre des cas de rachitisme traités depuis 1876 jusqu'à ce jour, tant par M. Perrochaud que par M. Cazin. Sur 276 enfants (133 filles et 143 garçons), 183 ont guéri; 65 ont été notablement améliorés; 4 ont été réclamés; 2 stationnaires ont été renvoyés pour d'autres maladies; 22 sont morts de maladies intercurrentes (diphthérie, etc.).

Quelle est donc la forme de syphilis osseuse de laquelle on pourra dire ce que M. Trélat a dit du rachitisme : « Le rachitisme, traité par les bains de mer, peut guérir sans laisser de traces? »

Enfin, d'après l'adage médical si souvent cité : *Naturam morborum curationes ostendunt*, si le rachitisme est de la syphilis, cette lésion de système osseux doit être modifiée par le traitement antisyphilitique classique. Or, depuis les premières publications de M. Parrot sur les rapports du rachitisme avec la syphilis, M. Cazin a essayé les frictions mercurielles, le sirop de Gibert, l'iodure de potassium chez les rachitiques, et, loin de voir les malades s'améliorer, il a dû arrêter le traitement en présence d'une aggravation évidente de l'état général et de l'état local.

La thérapeutique fournit donc un double argument contre la doctrine de M. Parrot, à savoir : le succès du traitement marin, l'insuccès du traitement antisyphilitique chez les enfants atteints de rachitisme.

Suivant M. Cazin, le rachitisme reconnaît pour causes probables toutes les infractions à l'hygiène et leurs suites, tant du côté des générateurs que du côté des enfants; il est, comme la scrofule, une maladie de misère physiologique. S'il fallait le rattacher à une diathèse quelconque, c'est de la scrofule, à laquelle on l'assimilait il y a quarante ans, qu'il serait logique, ce semble, de le rapprocher.

M. Cazin conclut que si l'on ne sait pas encore au juste ce qu'est le rachitisme, on sait du moins ce qu'il n'est pas : une métamorphose de la syphilis.

M. Magitot ne veux pas aborder le fond du débat sur la question des rapports entre le rachitisme et la syphilis héréditaire; il demande seulement à la Société la permission de lui soumettre dans une prochaine séance, des pièces et des arguments qui prouvent que les lésions trophiques des dents, sillons, échancrures, regardées par MM. Hutchinson et Parrot comme signes de syphilis héréditaire, n'appartiennent nullement à cette diathèse.

Il se bornera en ce moment à fournir à M. Cazin un appoint aux raisons qu'il vient d'exposer contre l'idée de la parenté entre la syphilis et le rachitisme, ce sont des preuves de nature ethnique.

Il est, en effet, certains peuples chez lesquels s'observe une sorte d'exclusion entre le rachitisme et la syphilis. Ainsi, chez les Kabyles, la syphilis est endémique et le rachitisme extrêmement rare,

Au Japon, M. Remy, pendant son récent voyage, écrivait que la syphilis est extrêmement répandue et le rachitisme inconnu. En Chine, où la syphilis existe depuis la plus haute antiquité, le rachitisme est à l'état d'exception.

Ce n'est pas tout, qu'on lise les travaux des auteurs qui ont écrit sur la pathologie des pays intertropicaux, MM. Rufz de Lavison, Saint-Vel, etc., on y trouve un fait qui n'avait point échappé à Humboldt dès 1810, c'est qu'aux Antilles, au Pérou, au Mexique, la syphilis exerce de grands ravages, tandis que le rachitisme ne s'y observe pas.

Ainsi voilà des peuples, des races, chez lesquels la syphilis est très répandue et le rachitisme inconnu ou exceptionnel. Que devient alors la doctrine de la descendance entre les deux affections?

M. Lucas-Championnière a eu l'occasion de voir, à la Maternité, d'assez nombreux exemples de rachitisme chez des femmes et des enfants. Il n'est pas rare de voir des enfants parfaitement conformés naître de mères rachitiques. Chez tous les enfants qu'il a observés, il n'a jamais pu constater que le rachitisme eût son origine dans une syphilis antérieure.

Suivant lui, les signes que l'on prétend tirer de l'altération des dents, pour affirmer l'existence de la syphilis, ne sont rien moins que certains. Les érosions, les cannelures, les pointes dont on a tant parlé, s'observent chez presque tous les enfants qui ont souffert à l'époque de l'évolution dentaire. Il importe, au point de vue de la question de thérapeutique impliquée dans cette discussion, de protester contre la doctrine de M. Parrot.

M. Després partage complètement l'opinion de M. Cazin au sujet de la doctrine professée par M. Parrot. Suivant lui, M. Parrot s'est laissé dominer par l'anatomie pathologique. La similitude des lésions apparentes l'a fait conclure à la similitude des causes. Mais l'observation clinique ne confirme nullement les inductions de l'anatomie pathologique. De ce qu'il n'est pas encore possible de déterminer la nature du rachitisme, ce n'est pas une raison pour en faire une provenance de la syphilis.

Ce serait, d'ailleurs, une grave erreur de croire que l'on peut guérir le rachitisme par les préparations mercurielles. Le mercure ne guérit pas plus les enfants rachitiques qu'il ne guérit les enfants atteints de syphilis confirmée. Les enfants syphilitiques meurent presque toujours avec ou sans mercure.

M. Cazin a dit que les rachitiques étaient le fruit de mauvais producteurs. C'est une erreur, suivant M. Després. Un enfant né d'excellents producteurs peut devenir rachitique, si son alimentation est mauvaise. Il faut à l'enfant une certaine proportion de phosphate de chaux dans ses aliments pour le développement de son système osseux. M. Després estime que le meilleur mode d'administration du phosphate de chaux, c'est de le donner sous les espèces de haricot vulgaire. L'expérience a, dit-il, démontré qu'avec vingt centimes de haricots, on fait prendre aux enfants plus de phosphate de chaux qu'avec cent francs de préparations pharmaceutiques.

Quant au traitement marin auquel M. Cazin attribue des effets merveilleux dans le rachitisme, c'est se faire illusion, suivant M. Després, de croire que l'on peut guérir les enfants rachitiques avec des bains de mer. Un bon régime alimentaire et une bonne hygiène sont bien autrement puissants pour atteindre ce but.

M. Horteloup a été étonné de voir avec quelle rapidité on portait à l'hôpital des enfants le diagnostic syphilis. Il pense que M. Parrot a abusé de l'induction et de la généralisation quand il a confondu la syphilis et le rachitisme dans une même origine.

Pour sa part, M. Horteloup n'a jamais vu de rachitiques parmi les enfants de trois ménages dans lesquels les maris avaient eu certainement la syphilis. Enfin, M. Parrot a diagnostiqué un rachitisme syphilitique chez un enfant qui, depuis, arrivé à l'âge de 20 ans, a contracté un chancre infectant des mieux caractérisés.

M. Terrier pense qu'il y a une distinction à établir entre les faits de lésions dentaires que MM. Parrot et Hutchinson donnent comme des signes non douteux de syphilis infantile. Il est certain, en effet, que des lésions de ce genre ont été constatées chez des animaux qui ne contractent pas la syphilis.

M. Magitot rappelle qu'il a vu chez le bœuf et chez le chien des érosions dentaires indiquées comme caractérisant la maladie d'Hutchinson.

M. Lucas-Championnière répond à M. Després, le détracteur du mercure, que les petits enfants supportent admirablement les frictions mercurielles et guérissent parfaitement de la syphilis par ce médicament. Il vu des enfants nés de parents syphilitiques devenir superbes après un traitement mercuriel suivi par les mères qui allaitaient leurs enfants. Il pense, d'ailleurs, contrairement à M. Cazin, qu'un très bon producteur peut donner naissance à un enfant rachitique si l'enfant est mal nourri.

M. Després dit que tous les enfants syphilitiques de l'hôpital des Enfants-Assistés meurent, qu'ils soient ou non traités par le mercure.

M. Guéniot explique la grande mortalité qui règne sur les enfants syphilitiques de cet hôpital par la difficulté où l'on est de les alimenter convenablement; on ne peut, le plus souvent, que les allaiter artificiellement, soit au biberon, soit au pis des animaux.

M. CAZIN ne saurait laisser passer sans protestation la condamnation portée par M. Desprès contre le traitement marin appliqué aux enfants rachitiques. Il en appelle de cette condamnation à tous les membres de la Société de chirurgie, à M. Marjolin et à M. Trélat en particulier, qui ont pu vérifier par eux-mêmes les résultats heureux de ce traitement dans le rachitisme.

A cinq heures vingt-cinq, la Société de chirurgie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Richelot sur les titres des candidats à une place déclarée vacante de membre titulaire. — A. T.

JOURNAL DES JOURNAUX

Observation d'un cas de myxœdème, par le docteur GOWANS. — La malade, âgée de 60 ans, paraissait atteinte d'une néphrite Brightique, bien qu'on ne constata ni albumine, ni cylindres dans ses urines. On observa la chute des cheveux et des poils, le gonflement de la face, surtout des paupières et des lèvres, de la pâleur du visage, à l'exception des joues. La parole était gênée et coupée par des efforts fréquents de déglutition. Elle s'accompagnait d'un écoulement salivaire.

Le dos, les membres étaient bouffis, mais la pression ne les déprimait pas. Les jambes n'étaient pas plus gonflées que les autres parties du corps. Il existait sur la région moyenne du tronc, des taches brunâtres et verruqueuses.

Les mouvements étaient gênés; les membres engourdis et l'aspect du visage était celui de l'hébétude. Cette femme ne prenait part à la conversation qu'autant qu'on lui adressait directement la parole et ses réponses étaient lentes et pénibles. La marche était fatigante et elle ne pouvait progresser qu'en s'appuyant sur le bras d'une compagne.

Enfin, elle accusait une douleur continue au vertex, éprouvait une sensation permanente de froid. Cette maladie dura pendant dix années. L'auteur admet la théorie de la compression des extrémités nerveuses périphériques de Ordt. (*Brit. med. Journ.*, 27 mai 1882).

Des points douloureux à la pression, par le docteur MORITZ MEYER. — Il y a déjà longtemps que l'auteur avait obtenu de bonnes indications pour la galvanisation, en cherchant des points douloureux sur le trajet de la colonne vertébrale (*Berlin Klin, Woch.*, 1881, n° 51). Depuis, il a constaté l'existence de points semblables sur le trajet du tronc et des branches des nerfs spinaux (*Berlin Klin. Woch.*, 1881, n° 31). Dans une névralgie du bras droit et de l'épaule, il trouva un point douloureux à la partie supérieure du plexus brachial. Dans un cas de névralgie intercostale droite, avec irradiation vers l'épaule et le nerf radial, il constata un point douloureux sur le plexus brachial. Chez un malade atteint d'une céphalalgie rebelle du côté gauche, il existait un point douloureux de la première paire cervicale. Un point semblable fut trouvé dans un cas de névralgie faciale du côté droit et dans un autre cas de névralgie traumatique de l'épaule droite. Chez un autre malade qui éprouvait des douleurs et de la gêne dans le côté gauche du thorax, on trouva deux points douloureux, l'un vers l'origine du phrénique (entre les quatrième et cinquième racines cervicales), l'autre vers la septième paire cervicale. En comprimant ce dernier point, on provoquait un violent hoquet. En pratiquant la galvanisation de ces points douloureux, le docteur Mayer obtint une rapide guérison dans les divers cas. (*The London med Record*, 15 juin 1882.)

Du traitement des accidents de l'urémie aiguë par la saignée et les purgatifs, par M. le docteur JOFFROY. — L'emploi de saignées abondantes et répétées a été préconisé par Lorain. M. Joffroy a observé, par ce moyen, un cas de guérison de l'éclampsie puerpérale. L'œdème rénal, qui existerait dans l'urémie, serait diminué par la saignée qui, de plus, atténue la quantité des produits excrémentiels accumulés dans le sang. M. Peter recommande aussi la saignée, tandis que M. Lancereaux préfère l'usage des purgatifs. (*Gaz des hôpitaux*, 26 août 1882.)

De l'héméralopie dans les affections du foie, par le docteur CORNILLON. — Il y a longtemps déjà que MM. Parinaud et Mouly signalèrent l'héméralopie qui accompagne les affections du foie. Les trois cas observés par M. Cornillon confirment les recherches cliniques de ces deux médecins. Mais, comme le fait remarquer ce dernier, l'héméralopie n'est pas un symptôme constant des troubles hépatiques. Elle coïncide avec un certain degré d'ictère et peut se rencontrer dans des affections du foie de nature variable. (*Progrès Med.*, 18 juin 1882).

Des propriétés physiologiques de la manaca, par le docteur Brewer. — La *manaca* est une plante originaire du Brésil, dont les propriétés médicinales ont été préconisées depuis quel-

ques années. L'auteur a constaté que l'infusion de la racine contient les substances actives, qui agissent sur la moelle en produisant l'excitation des centres moteurs et en déprimant le pouvoir réflexe. Les mouvements du cœur et de la respiration sont diminués, tandis que les fonctions glandulaires (glandes salivaires, gastriques, intestinales, cutanées, hépatiques, rénales) sont augmentées. Cette action persiste pendant trois ou quatre heures chez les animaux. (*The thérapeutic Gaz.*, p. 330, sept. 1882.)

De la manaca dans le rhumatisme, par le docteur PEPPER. — Ce médicament a donné à l'auteur des résultats heureux contre le rhumatisme. Il cite une observation de rhumatisme aigu dans lequel le gaiac, l'acide salicylique, le bromure de potassium, les injections sous-cutanées de morphine échouèrent. L'extrait de manaca à doses répétées fut employé jusqu'à diminution des symptômes. La guérison fut définitive. (*The therapeutic Gaz.*, p. 335, sept. 1882.)

Serions-nous en présence d'un succédané de l'acide salicylique ou bien seulement d'une tentative d'*american Quackery*? — L. D.

COURRIER

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE PARIS. — *Question de prix mise au concours pour l'année* 1883 : « Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les localités, quelle a été l'influence de la loi Roussel sur l'industrie nourricière. » Le prix sera de 500 francs.

Question de prix pour l'année 1884 : « Des convulsions chez les enfants du premier âge, de leurs causes et de leur traitement. » Le prix sera de 500 francs.

Les Mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1883 pour la première question, et avant le 1er novembre 1884 pour la deuxième question, au secrétariat général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — La Société française de tempérance, dans sa séance solennelle du 8 avril 1883, a décerné : une médaille de vermeil à M. le docteur Chancerel, premier adjoint au maire de Caen ; des médailles d'argent à MM. les docteurs Barthélemy et Joseph Girou, à M. Paul Bussière et à M. le marquis Jacques Turgot ; 229 diplômes de membre associé honoraire, 12 médailles d'argent, 200 médailles de bronze et 530 diplômes de témoignage de satisfaction ; 4 livrets de caisse d'épargne et 48 livrets de caisse d'épargne postale (620 fr.) ; 87 comptes rendus du congrès international de 1878, 116 manuels Picard, 403 volumes de ses bulletins, 1014 exemplaires des années 1880 à 1882 du *Bon Conseiller* et 352 abonnements 1883 et 1884 à ce journal, publié sous son patronage.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Domerc, décédé à l'âge de soixante et un ans, lundi à quatre heures du soir, médecin honoraire de l'Assistance publique ; notre confrère avait été président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris.

— Par décret, en date du 5 avril 1883, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve (emplois vacants par organisation) : MM. les docteurs Aussourd, Delattre, Montignac, Delage, Mosqueron, Hubert, Rouxeau, Passano, Gille, Barthez, Adam, Badolle, Tarrius, Boude et Buet.

— Par décret en date du 6 avril 1883, M. Goinard (E.-J.-Y.), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (emploi vacant par organisation).

— Par décision ministérielle en date du 9 avril 1883, M. Chabert (J.-B.-A.), médecin principal de deuxième classe à l'Ecole d'application de cavalerie, a été désigné pour passer à l'hôpital militaire de la Rochelle, où il remplira les fonctions de médecin en chef.

M. Bourot M.-P.-A.), médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire dn Gros-Cailou, a été désigné pour passer à l'École d'application de cavalerie.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 17 avril. — Nous pensions que la discussion était close, puisque le président l'avait dit ; et cependant, à notre arrivée, M. Bouley occupait la tribune et parlait de la méthode de Brand. Puis, sa lecture terminée, l'éminent académicien n'a pu se tenir de répliquer aux derniers mots de M. Peter, et de lui dire : « Si vous m'accusez d'être incompétent, c'est que vous n'avez pas la compétence nécessaire pour juger de ma compétence ».

On a pu croire un instant que l'Académie allait changer le cours de ses idées, M. Maurice Perrin occupant la tribune et lisant un travail sur la conjonctivite rhumatismale ; mais M. Pasteur était là, et bientôt le président, après lui avoir souhaité la bienvenue en l'engageant à ne plus oublier la rue des Saints-Pères, lui a donné la parole.

« Les doctrines microbiennes et les vaccinations charbonneuses », tel est le titre que donne M. Pasteur à sa communication. Il passe en revue les principaux arguments opposés par M. Peter à la théorie des germes, et s'arrête en premier lieu sur le passage où il lui est reproché d'avoir cru découvrir le microbe de la rage. Loin d'accepter le reproche, l'orateur pense que nulle de ses recherches n'a été mieux conduite que celle-là. Bien d'autres questions sont effleurées au passage : la confiance des cultivateurs dans la vaccination charbonneuse, les anciens travaux de M. Pasteur sur la maladie des vers à soie, la poule refroidie et chauffée, les vétérinaires de Milan. Sur aucun de ces points, l'orateur n'engage une controverse et n'apporte des faits à l'appui de sa doctrine ; son discours, d'ailleurs peu étendu, n'est pas une discussion. Quel but s'est proposé M. Pasteur ? Donner une leçon à son adversaire, en lui conseillant d'entamer une enquête plus scrupuleuse, de laisser le temps faire son œuvre, de se rappeler l'opposition qu'a soulevée autrefois Jenner, enfin de ne pas fermer les yeux à « la merveilleuse expérience de Pouilly-le-Fort », à « la grande découverte de l'atténuation des virus ».

Ces derniers mots, tant de fois répétés à la tribune par M. Bouley, n'ont pas gagné, selon nous, à l'être une fois de plus par le principal intéressé. M. Pasteur peut s'en rapporter à ses amis, à ses élèves, pour exalter son œuvre. Quand on l'attaque, il est toujours bien défendu. Quelques faits, nettement établis et mis en lumière avec simplicité, auraient eu sans doute une plus grande force de persuasion.

Ces réserves faites, constatons avec plaisir que l'Académie n'a pas marchandé ses applaudissements au savant dont les travaux incessants depuis quarante années ont été la cause d'une agitation salutaire, et, en inspirant des hommes tels que Lister, ont honoré notre pays.

Société de chirurgie. — M. le professeur Parrot a été dernièrement invité par la Société de chirurgie à venir exposer devant elle ses opinions sur les rapports du rachitisme avec la syphilis. Nous attirons l'attention sur la discussion qui s'en est suivie, et qu'a provoquée un excellent travail de notre distingué confrère de Berck-sur-Mer, le docteur Cazin.

M. Parrot, avec un talent qui n'est pas à discuter, soutient que le rachitisme n'est autre qu'une manifestation de la syphilis. Entre lui et la syphilis héréditaire, aucune différence, car les lésions osseuses de ces deux maladies sont absolument

les mêmes. Appuyé sur l'anatomie pathologique, le savant professeur n'a plus qu'à chercher des preuves de syphilis héréditaire chez les petits rachitiques : il les trouve, à défaut de stigmates indéniables, dans certaines macules de nature indéterminée, dans l'érosion dentaire, dont la signification est mise en doute par M. Magitot et bien d'autres; enfin, la syphilis n'étant démontrée par rien dans un dixième des cas, M. Parrot pense audacieusement que l'altération des os est alors la seule trace de la diathèse.

La Société de chirurgie s'oppose en grande majorité à cette manière de voir. MM. Cazin, Desprès, Magitot, Lucas-Championnière, Horteloup ont fait valoir contre elle des arguments pressants, tirés de l'examen clinique, du traitement, de l'ethnologie. En présence des raisons fournies par chacun des orateurs, quelle valeur démonstrative peut revendiquer l'anatomie pathologique? Quel degré de spécificité convient-il d'attribuer anx lésions morbides en général? Peut-être, si la discussion continue, reviendrons-nous sur quelques points intéressants. — L.-G.-R.

CLINIQUE MÉDICALE

TYPHLITE AVEC PÉRI-TYPHLITE, CHEZ UN HOMME DE 44 ANS. — GUÉRISON.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 9 mar 1883,

Par le docteur T. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le 4 janvier dernier, je recevais de notre honorable et distingué confrère, M. le docteur Foissy, une lettre dans laquelle il me disait : « Je donne des soins, depuis « quelques jours, à un homme dont l'état est assez grave ; *il présente des accidents « de péritonite*. Il m'a témoigné le désir d'avoir une consultation, et je vous « prie, etc. » Je ne pus voir le malade que le surlendemain 6, et je le trouvai, en effet, dans un état assez alarmant. La face était légèrement grippée, mais très anxieuse, avec les yeux assez fortement excavés, la respiration anhélante, la peau d'une température peu élevée, le pouls petit, serré et fréquent ; le ventre extrêmement tendu et douloureux à la pression; cependant la palpation pouvait être supportée, et elle me permit de constater, qu'à côté du ballonnement général de l'abdomen, qui donnait lieu à du tympanisme, il y avait de l'empâtement, avec sub-matité, dans la région de la fosse iliaque droite, où la douleur était beaucoup plus vive que partout ailleurs. Il y avait eu de la constipation et des vomissements.

Je diagnostiquai une inflammation du cœcum, avec propagation de la phlegmasie aux tissus avoisinants, et menace de péritonite généralisée. Je prescrivis l'application immédiate de 20 sangsues; mais, comme le malade se trouvait dans de mauvaises conditions pour être soigné chez lui, je le fis transporter à l'Hôtel-Dieu, où mon interne M. Gendron exécuta la prescription que j'avais faite, et recueillit l'observation dont voici les détails :

OBSERVATION. — J. Nos..., âgé de 44 ans, italien d'origine, né à Côme, exerçant la profession de fumiste, est un sujet vigoureux, doué d'un certain embonpoint et ordinairement bien portant. Vers l'âge de 10 ans, il a séjourné en Afrique où il a contracté la fièvre intermittente, mais depuis qu'il a quitté ce pays, il n'en a jamais eu de nouvelle atteinte.

A l'âge de 18 ans, il fut pris d'accidents analogues à ceux qu'il présente actuellement; ils durèrent environ quinze jours. On lui fit alors une application de sangsues, dont nous retrouvons les traces sur la peau, au niveau de la fosse iliaque droite; il guérit complètement.

Depuis cette époque, il n'a éprouvé aucune indisposition semblable; les digestions étaient bonnes, les selles régulières. Pour compléter ce qui concerne ses antécédents pathologiques, il ne reste qu'à signaler une variole dont il fut atteint en 1870. C'est d'ailleurs un homme régulier et modéré dans ses habitudes, faisant très peu d'excès.

Dès le commencement de décembre 1882, il eut quelques troubles digestifs ; son appétit diminua, les selles devinrent moins régulières, il avait un peu de constipation.

Le 1er janvier 1883, au lendemain d'une journée ordinaire, sans le moindre excès, ni fatigue d'aucune sorte ; après un repas du soir très modeste, il fut pris dans la nuit d'une douleur

extrêmement vive dans la fosse iliaque droite, il eut ensuite une selle diarrhéique; cette douleur persiste depuis, avec la même acuité.

Le 2 janvier, on le purgea avec du sulfate de soude : le médicament provoqua des vomissements et deux selles.

Le 3, on prescrivit une limonade purgative qui amena encore des vomissements, mais eut peu d'effet sur l'intestin.

Le 6 janvier, son état éveillant une extrême inquiétude, il fut vu par M. Gallard qui le fit conduire à l'Hôtel-Dieu, et le fit admettre dans son service, salle Saint-Louis, n° 3.

Ce même jour, à la visite du soir, il se présente dans l'état suivant ; le facies est peu altéré, mais le ventre est ballonné, les pressions y sont assez bien tolérées, sauf au niveau de la osse iliaque droite, au-dessus du pli de l'aine où elles éveillent une vive douleur. On sent à la palpation de cette région, une zone d'empâtement profond, correspondant à la percussion, à une diminuton de sonorité relativement aux autres parties distendues par les gaz : la peau est saine et n'est pas sensiblement plus chaude que dans les parties voisines. Avec cela le malade accuse une inappétence absolue, la langue est très saburrale, il n'a ni nausées ni renvois gazeux; l'émission des gaz se fait par l'anus, il y a de la constipation : depuis l'administration du dernier purgatif, il n'y a pas eu de nouvelles selles. — Pas de fièvre; la température est normale. — Le soir même on applique 20 sangsues sur la région douloureuse.

Le 7, la nuit a été calme, la constipation persiste, mais il n'y a plus de vomissements. Le ventre est toujours tendu, le malade a ressenti quelques élancements douloureux dans la fosse iliaque droite. On prescrit un purgatif salin (eau de Sedlitz) qui provoque dans la journée trois selles liquides. Le régime alimentaire se compose exclusivement de bouillons. Des cataplasmes sont appliqués en permanence sur le ventre, et on fait des onctions avec l'huile belladonée (baume tranquille).

Le 8, la température du matin atteint 39°5, l'empâtement et la douleur à la pression persistent. On applique 20 sangsues. Le soir, la température est descendue à 37°6.

Le 9, la nuit a été bonne; la température du matin est à 38°8; le pouls est fort et il a 84 pulsations; la peau est chaude et moite. La langue est toujours saburrale et l'haleine un peu fétide. Le malade est altéré et ne sent aucun appétit. Le ventre est moins sensible, la région iliaque droite un peu plus souple; on sent cependant une certaine résistance profonde, et une tuméfaction circonscrite qui semble siéger autour du cœcum. Il n'y a ni irradiations douloureuses, ni rétraction dans le membre inférieur correspondant. On donne 75 centigram. de calomel qui provoque trois selles liquides; on continne le même régime alimentaire; le ventre est couvert de larges cataplasmes.

Le 10, la température est descendue à 37°2; la fosse iliaque a recouvré sa sonorité et sa souplesse; on ne sent que très peu d'émpâtement et la pression est bien tolérée. Dans la journée, le malade a plusieurs selles liquides sans coliques.

Pendant les jours suivants, l'amélioration se maintient; la fièvre est tombée, l'empâtement disparaît peu à peu, la constipation cède, seul l'appétit tarde à revenir et la langue reste chargée.

Le 15, on ajoute aux potages quelques aliments légers, des légumes frais, et le 18 on commence à donner un peu de viande. La guérison paraît, à ce moment, définitive.

Le malade a eu un régime très réglé; cependant, le 23, il est repris de quelques douleurs dans la fosse iliaque, la constipation est revenue depuis deux jours, et le soir la température remonte à 38°,2. On administre 30 grammes d'huile de ricin qui amènent trois selles. On prescrit du vin de rhubarbe (une cuillerée à bouche tous les matins).

Le 25, le malade étant repris d'inappétence, avec une langue très chargée, quelques douleurs et un peu de tension à la pression de la fosse iliaque, on applique un large vésicatoire sur la région. On est revenu au régime diététique; et le vin de rhubarbe est remplacé par un verre d'eau de Sedlitz, administré tous les matins.

Pendant les jours suivants, l'état local s'améliore, la douleur disparaît, les selles sont bien réglées, il n'y a plus de fièvre, mais l'état saburral de la langue et l'inappétence persistent.

Le 31, on ne sent plus trace d'empâtement et on ne provoque plus de douleur par la pression. L'appétit renaît un peu, on revient aux aliments solides, le malade mange un peu de viande.

Pendant les jours suivants, l'état saburral diminue, l'alimentation est progressivement accrue. On continue l'eau de Sedlitz tous les matins, et, de crainte de rechute par suite de fatigue, ou d'un écart de régime, le malade est retenu à l'hôpital jusqu'au 15 février. — Il sort alors en parfait état de santé.

La seule particularité que je veuille faire remarquer, à propos de ce fait, — intéressant à plus d'un titre, — c'est l'intensité des accidents qui se sont produits d'une façon

pour ainsi dire insidieuse, chez un individu exceptionnellement fort et vigoureux, que rien ne semblait y prédisposer, si ce n'est une première atteinte, remontant à vingt-six ans, d'une maladie toute semblable à celle que nous avons vu évoluer sous nos yeux. Cette première manifestation de la même maladie a été rapidement guérie par un traitement semblable à celui que nous avons employé.

L'efficacité de ce traitement énergique ne saurait être contestée. Deux purgatifs avaient été administrés sans résultats, lorsque nous nous décidâmes à faire une application de 20 sangsues qui, tout en procurant un peu de soulagement, fut insuffisante, et il nous fallut en faire une nouvelle au bout de quarante-huit heures. C'est alors seulement, après ces 40 sangsues et avec l'aide des purgatifs, que nous avons pu nous considérer maîtres du mal et compter sur la guérison. — Mais avant d'arriver à ce résultat, aujourd'hui parfaitement acquis, il nous a fallu lutter encore pendant plusieurs semaines; donner de nombreux purgatifs, faire même une application de vésicatoire, et, par-dessus tout, surveiller le régime dont le moindre écart pouvait déterminer des accidents funestes.

Notre malade n'a pris pendant longtemps que des aliments liquides ou demi-liquides, composés de légumes verts, réduits en pulpe, plutôt que de viande, et c'est à cette sévérité de régime, au moins autant qu'à l'emploi prolongé des laxatifs, que je crois devoir attribuer la consolidation de cette guérison, difficile à obtenir, et qui a été un instant troublée (du 23 au 26 janvier), probablement par une négligence, ou une infraction dont on n'a pas voulu me faire l'aveu.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité. — M. DESPRÈS.

SCOLIOSE AIGUE. — ATROPHIE MUSCULAIRE CONSÉCUTIVE A LA FIÈVRE TYPHOIDE. — AMÉLIORATION TRÈS RAPIDE.

Leçon recueillie par M. BRUNON, interne des hôpitaux.

Vous avez vu dans nos salles une malade qui vient se faire électriser depuis une quinzaine de jours. J'appelle sur cette malade toute votre attention, car il s'agit d'un fait qui montre combien est vraie la théorie de la scoliose, telle que l'a présentée Duchenne (de Boulogne), ce physiologiste illustre qui a éclairé d'une si vive lumière la physiologie et la pathologie musculaires.

Une jeune femme de 20 ans, mariée depuis quelques mois seulement, a été atteinte de fièvre typhoïde le 2 octobre.

La fièvre typhoïde a revêtu sa forme dite abdominale, elle a été légère, ne s'est pas accompagnée d'accidents cérébraux graves, et n'a duré qu'une vingtaine de jours.

La malade était en pleine convalescence quand son mari, dit-elle, crut remarquer que sa taille était légèrement déviée. La déviation s'accentua graduellement et sans la moindre souffrance; au moment où la malade se présenta à nous, on était frappé de son aspect tout à fait caractéristique.

La *hanche gauche* faisait une saillie considérable. J'ai fait déshabiller immédiatement la malade, car mon diagnostic était arrêté, il n'y avait qu'une scoliose qui pût produire cette saillie de la hanche.

L'*épaule droite* était proéminante. *Tout le tronc* était porté en avant. Enfin la *colonne vertébrale* s'était infléchie progressivement du côté droit en décrivant une courbe à convexité GAUCHE dans la région dorsale.

La région lombaire était encore normale. L'affection était trop récente pour que la courbure de compensation eût pu se produire.

Il me parut évident que nous étions là en présence d'une amyotrophie des spinaux lombaires du côté gauche, c'est-à-dire du côté que regardait la convexité anor-

male de la colonne. Cette atrophie, il n'y avait pas à s'y tromper, avait suivi de très près la fièvre typhoïde.

On sait que dans cette maladie infectieuse les muscles s'altèrent, qu'ils présentent ce qu'on a appelé la dégénérescence *cireuse*; dégénérescence qui est une première étape vers la dégénérescence complète.

J'ai publié déjà des cas d'abcès consécutifs à ces troubles nutritifs connus depuis plus de trente ans.

Les déviations consécutives sont certainement la conséquence de ces troubles et elles se produisent sous l'influence de la marche ou simplement du décubitus latéral, plus prolongé d'un côté que de l'autre.

En résumé, nous avons constaté une déviation ou scoliose aiguë, chez une malade convalescente d'une fièvre typhoïde et n'ayant pas eu de maladie antérieure. La coïncidence de la fièvre typhoïde récente et de la scoliose est tellement évidente, que le fait a la valeur d'une expérience.

Mais le point sur lequel je veux presque exclusivement attirer votre attention, c'est celui-ci : Après huit jours de traitement, notre malade est dans un état d'amélioration telle qu'elle est à peine reconnaissable. Tout nous porte à croire que la guérison sera complète dans fort peu de temps. Cela prouve que, si nous pouvions traiter à temps, c'est-à-dire à leur début, les scolioses, nous en guéririons radicalement un grand nombre.

Le traitement qu'on doit appliquer dans ces cas peut se résumer en trois mots :

1° *Faradisation* faite chaque jour, ou au moins tous les deux jours.

2° *Gymnastique rationnelle.*

3° *Prothèse physiologique* du tronc par un corset spécial.

De ces trois moyens, les deux premiers seuls peuvent être curatifs.

Chez notre malade :

1° L'électricité a été localisée dans les masses musculaires correspondant à la convexité de la courbure anormale, c'est-à-dire dans les muscles insuffisants.

Mais, par contre, elle a été largement distribuée du haut en bas des masses musculaires, du cou aux lombes.

2° Les exercices gymnastiques indispensables se résument en un seul mouvement, celui du *trapèze*, c'est-à-dire l'élévation du corps par la force des deux bras.

La manœuvre des haltères est beaucoup moins utile, parce que, instinctivement, le malade se penchera d'un côté ou de l'autre et, par conséquent, *trichera*.

3° Quant aux corsets, ce sont des appareils bons tout au plus quand les autres modes de traitement ont échoué. L'application d'un corset n'est même pas un mode de traitement, puisqu'en réalité il ne guérit pas, mais simplement masque la difformité.

Certes, les corsets orthopédiques de Duchenne sont construits d'après des données physiologiques, et, malgré cela, leur usage est bien peu efficace; l'attitude vicieuse est conservée dans tous les cas.

Je ne vous parlerai pas du redressement forcé, proposé encore dans ces dernières années. C'est un traitement ancien, renouvelé, et qui, aujourd'hui comme jadis, ne peut redresser que les malades qu'un traitement méthodique par l'électricité et la gymnastique aurait guéris.

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS SUR LES MALADIES MENTALES, par M. B. BALL, professeur à la Faculté de médecine de Paris; fascicules I à IV, 1881-82; Paris, Asselin.

Habent sua fata libelli! Il en est des livres comme des chaires de psychiatrie; j'en prend à témoin la laborieuse installation de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris; car, à coup sûr, on n'a pas encore oublié les singulières vicissitudes de l'organisation de la chaire de Sainte-Anne. Mais, à quoi bon rappeler les difficultés de cet enseignement à son début. Seulement, la publication des *Leçons* de M. Ball s'en est un

peu ressentie, L'année 1881, vit seulement le premier fascicule de ce livre. Moins avare, 1882 donna le jour aux trois suivants; puisse l'année actuelle être plus féconde! C'est qu'un tel ouvrage est le meilleur témoignage en faveur de l'institution nouvelle et la probante justification de l'utilité d'un tel enseignement.

L'indifférence de quelques médecins et de la majorité des élèves pour la pathologie mentale n'a donc plus de légitime excuse. Elle n'avait pas, d'ailleurs, de raison d'être à une époque aussi fertile que la nôtre en travaux de neuro-pathologie. Comme M. Ball, dans la préface de ce volume, le démontre aux médecins les plus réfractaires à cette opinion, il leur faudrait singulièrement s'abuser « pour détourner absolument leurs regards et..... abandonner le terrain, sans réserves, aux spécialistes. »

Si cette indifférence est incontestablement un abus, prétendre créer d'emblée « des aliénistes de profession » serait une illusion. Ici, comme ailleurs, la perfection dans l'art est le fruit d'études de longue haleine et le résultat de persévérants efforts. Tout autre est donc le but de l'enseignement de la psychiatrie dans la chaire de Sainte-Anne; aussi le point de vue auquel se place le professeur est certainement plus élevé et plus général. Entre l'abus d'une indifférence trop systématique et la trompeuse illusion de former rapidement des psychiatres, il est possible, il est utile, il est nécessaire de donner aux médecins des vues d'ensemble sur la pathologie mentale, de les prémunir suffisamment contre les erreurs, et de leur éviter dans la pratique ainsi des faux pas, redoutables au malade, à la famille et même à la Société.

Tel est l'esprit général qui a présidé à la conception de cet ouvage et qui, certainement, ne contribuera pas peu à en assurer le succès.

La première leçon est une excursion dans le domaine de la *médecine mentale à travers les âges*. Ce rapide voyage historique a pour conclusion la nécessité d'établir la psychiatrie, comme les autres branches de la médecine, sur une triple base: le respect de la tradition, le culte de l'observation clinique et l'appréciation raisonnée des acquisitions quotidiennes de la science, en écartant le parti pris de l'enthousiasme et la banalité d'un systématique dénigrement.

Cette méthode établit de nouveaux liens de parenté entre la psychiatrie et les autres branches de la clinique médicale. Elle conduit à étudier la pathologie générale de la *folie*, les lésions, les troubles fonctionnels, la maladie en un mot de l'*aliéné*, c'est-à-dire le malade. Qu'est-ce donc qu'un aliéné? « Un homme qui par suite d'un trouble profond des facultés « intellectuelles, a perdu plus ou moins complètement sa liberté morale et a cessé, par con- « séquent, d'être responsable de ses actions devant la Société. » Ces notions sont le point de départ d'une analyse critique des *éléments morbides de la folie*, de l'*état physique de l'aliéné*, et des *lésions anatomiques* de la *folie*. C'est qu'en effet, ainsi envisagées, les formes de la folie trouvent une place légitime parmi les affections organiques des centres nerveux, et se distinguent de la *manie*, de la *mélancolie*, de la *démence*; états qui sont aux psychopathies, ce que l'adynamie et l'ataxie sont aux maladies fébriles. Au même point de vue, l'étude des causes physiques et morales, individuelles et générales, familiales et sociales, fournit d'utiles documents pour le diagnostic et le pronostic de l'aliénation mentale.

La manie, la mélancolie et la démence, étant ainsi mises hors de classification, comment doit-on systématiser nosologiquement les maladies mentales. Dans un premier groupe, l'auteur place les *vésanies*, dans lesquelles les lésions anatomiques manquent et dont la folie circulaire et les délires partiels sont les types. Viennent ensuite les *folies névropathiques* de l'hystérie, de l'épilepsie, de la chorée, du goître exophtalmique et de la paralysie agitante; les *folies diathésiques* de la goutte, du rhumatisme, de la tuberculose, etc.; les *folies sympathiques*, les *folies toxiques*, telles que l'alcoolisme et l'encéphalopathie saturnine, les *folies organiques* dont le type est la déchéance intellectuelle de la paralysie générale, de la démence hémiplégique et même l'aphasie; enfin les *folies congénitales* ou *morphologiques*: l'idiotie, l'imbécillité et le crétinisme. Dans chaque groupe, M. Ball choisit un type caractéristique, auquel il est facile de comparer les autres formes morbides voisines. A ce point de vue, parmi les folies névropathiques, l'état mental des hystériques et des épileptiques est le sujet d'un chapitre que des travaux très récents permettront de compléter dans uue autre édition de cet ouvrage, en comblant quelques lacunes, dues assurément au mode de publication de ce livre.

Telle est donc la matière de ce premier volume. Ainsi étudiée, la pathologie mentale ne manque pas d'attraits. Il est vrai que les descriptions sont vives et colorées, le style alerte et entraînant, les démonstrations savamment conçues et sévèrement raisonnées; toutes qualités qui font désirer l'apparition rapide des autres fascicules de cet ouvrage. C'est dire qu'il fait honneur à l'école psychiatrique française et à la chaire nouvelle de clinique des maladies mentales. Il n'était donc pas inopportun de répéter avec le poète: *Habent sua fata libelli.*

Ch. ELOY.

PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'EXAMEN DE L'ŒIL ET DE LA VISION, par M. le docteur CHAUVEL. — Paris, 1883; V. MASSON.

Tout pour les praticiens. Ce petit livre a pour objet l'étude historique et pratique des procédés d'exploration de la fonction visuelle et de l'œil, organe de la vision. La partie théorique est un résumé succinct des notions de physique biologique et des principes qui servent à la construction des instruments d'optique médicale à l'état.

L'examen de l'œil normal, des voies lacrymales, de la conjonctive, le toucher sous-palpébral, font le sujet d'un premier chapitre, suivi de l'étude du strabisme fonctionnel et paralytique. Parmi les autres parties de l'ouvrage dont l'utilité pratique est indiscutable, nous signalerons celles qni ont pour titre : l'exploration de l'acuité visuelle, du champ visuel, de la perception des couleurs, de la réfraction, emploi de l'éclairage oblique ou direct et, enfin, la description du fond de l'œil à l'état normal ou pathologique. En terminant, M. Chauvel donne des détails qu'on ne trouverait pas ailleurs, sur l'examen de la vision d'un sujet au point de vue du service militaire. C'est là un des motifs du succès de cet ouvrage auprès de nos confrères de l'armée et des grandes administrations.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A FORME RÉNALE, par le docteur P. DIDION. Paris, 1882 ; Delahaye.

L'albuminurie dans la fièvre typhoïde est d'origine pyrétique et par sa constance elle indiquerait soit la congestion, si elle est légère, soit la production d'une néphrite si elle est abondante. A ce propos, M. Didion insiste sur la différence qualificative des urines dans l'un ou l'autre cas.

La forme rénale possède des caractères cliniques : adynamie, stupeur, œdème, accidents cutanés, douleurs lombaires et des caractères urologiques : coloration sanguinolente, odeur de pain bouilli, sédiments formés d'hèmathies, de cylindres et d'albumine rétractile, indices d'un processus inflammatoire, portant sur le parenchyme rénal.

Le pronostic de cette forme est grave parce que le malade succombe soit à l'adynamie, soit à l'urémie. La morl est alors *tardive*. Mais, dans d'autres cas, les troubles rénaux sont *précoces*, et alors la maladie prend la forme rénale commune, ou bien la forme rhénale hémorrhagique de Robin. Le traitement a consisté dans les applications révulsives sur la région lombaire (sangsues, ventouses), mais, en évitant l'emploi des vésicatoires et des bains froids et dans l'usage de la diète lactée. Telle est la monographie de cette forme de la dothiénentérie, telle que l'a décrite M. Didion. Aussi la lecture de ce mémoire inaugural présente un grand intérêt clinique. — — L. D.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des journaux italiens.

Des expériences sur la faculté d'absorption du péritoine ont été faites par M. le docteur A. Maffucci, chirurgien de l'hôpital des Incurables de Naples. L'auteur a pu reprendre les travaux de Bichat, Ranvier, Recklinghausen, Ludwig, Schweiger-Seydel, Bizzozero et Salvioli, Dubar et Remy et en constater la justesse. Ponfik, qui le premier a employé la séreuse péritonéale pour faire la transfusion, s'était borné à enregistrer des faits cliniques sans les commenter au point de vue physiologique; M. le docteur Maffucci a voulu, au contraire, ne chercher qu'à prouver expérimentalement le mécanisme de cette absorption et les parties du péritoine les mieux douées pour cette fonction. Il injecta de l'encre de Chine à différents endroits de la cavité abdominale; puis quelques heures après, les animaux étant sacrifiés, il constata que les substances corpusculaires étaient recueillies par les glandules situées dans la région lombaire, le long de l'aorte, du hile du foie, de la rate et de la grande courbure de l'estomac; que ces substances une fois absorbées passaient autant dans les glandes situées dans le médiastin que dans le système des follicules. L'auteur conclut ainsi, d'après les données générales de l'anatomie du système lymphatique, au moins chez le chien, que la cavité abdominale et médiastine peuvent être considérées comme des glandes lymphatiques ayant chacune leurs follicules respectifs. (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, fasc. 7 et 8, p. 657).

Le même journal annonce de nouvelles études expérimentales sur l'extirpation partielle du poumon, par MM. les docteurs Zlino (G.) et Biondi; nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats obtenus.

— P. R..., jeune homme de 20 ans, entre à l'hôpital de Raguse pour une blennorrhagie. M. le docteur Emmanuel Luxardo constate sur ce malade une très rare anomalie uro-géni-

tale. L'ouverture uréthrale est divisée en trois parties, qui correspondent à trois canaux séparés. Le supérieur donne exclusivement passage au sperme, l'inférieur à l'urine. Quant à l'intermédiaire, il a semblé à M. le docteur Luxardo qu'il était en communication avec le canal inférieur. L'écoulement blennorrhagique n'eut jamais lieu que par les deux derniers passages. (*Giornale delle scienze mediche*, p. 449.)

— Il fallait la patience d'un bénédictin pour rechercher depuis Hippocrate jusqu'à nos jours l'opinion des principaux médecins sur la genèse et le développement du cancer, M. le docteur Salvator Cacciolo a pu cependant mener à bien cette tâche ardue, et, chose au moins aussi difficile, il a su rendre attrayante cette étude, qui a été présentée comme thèse de concours à l'agrégation. C'est une des monographies les plus complètes qui existe sur ce sujet. Devant la multiplicité des formes des tumeurs désignées sous le nom de cancer, l'auteur pense qu'il serait bon, à l'exemple de Waldeyer, Durant, Cornil, etc., d'abandonner cette expression générique et de s'en rapporter uniquement à la classification anatomique. (*Gior. interna. scienze mediche*, p. 492.)

— On doit à M. le docteur Balthazar Testa de précieuses recherches expérimentales sur le mode d'action de l'esculine. On sait que cette substance est extraite du marron d'Inde (*æsculus hippocastanum*) et qu'elle a été bien des fois employée dans le traitement des névralgies, des fièvres intermittentes, etc. M. le docteur Testa a constaté que l'esculine exagérait presque toujours la sensibilité à la douleur, qu'elle laissait intactes les perceptions tactiles et avait son siège d'action dans la bulbe. (*Gaz. internaz. scienze mediche*, p. 608).

— Le journal de l'Académie royale de médecine de Turin (n° d'octobre-novembre) renferme quelques mémoires originaux. Nous en détachons une étude de M. le professeur Giacomini sur l'anatomie du nègre; une note de M. le docteur Peschel sur un cas de cysticerque sous-rétinien, trois observations de goîtres guéris par l'ablation, par M. le docteur Louis Berruti. Nous signalerons encore l'intéressante communication de M. le professeur Bozzolo sur un cas d'endocardite végétante limitée aux valvules pulmonaires, affection concomitante à une néphrite diffuse. La mort du sujet survint par urémie.

M. le docteur Graziadei, chef de clinique de M. le professeur Bozzolo, est venu enfin communiquer à la docte assemblée le résultat de ses recherches sur l'action spéciale du thymol dans l'anchylostomanémie, affection assez commune dans le Piémont, surtout chez les briquetiers. On n'a pas oublié la forme épidémique qu'a revêtue cette maladie chez les ouvriers employés au percement du Saint-Gothard. Toutes les substances helminticides ou réputées telles, même la doliarine, avaient été vainement employées, le thymol seul parvint à débarrasser les malades de leurs terribles parasites. Le médicament était donné à la dose minima de 12 grammes par jour en trois ou quatre fois. L'auteur n'a pas constaté d'insuccès.

— Il existe en Italie soixante-deux établissements destinés à recevoir des aliénés. Dans ce nombre se trouvent quelques hôpitaux qui admettent, en outre, des malades; enfin, il y a des asiles pour les fous d'un même sexe et d'autres où les hommes et les femmes sont reçus indifféremment. Ces soixante-deux asiles renferment actuellement 17,471 aliénés, 9,000 hommes et 8,471 femmes.

Depuis 1877, le nombre des admissions s'est constamment accru. (*Annali di statisca.* — Prof. Verga. Roma 1882).

— M. le docteur Aurélien Bianchi a inséré dans les fascicules 784 et 785 des *Annali universali di medicina e chirurgia*, une étude soigneusement faite sur les applications du téléphone et du microphone aux sciences biologiques. On n'a pu malheureusement encore tirer tout le parti que de prime abord ces merveilleuses découvertes semblaient devoir offrir à la médecine; aussi l'enthousiasme des premiers jours a-t-il fait place à la froide réflexion, et pour le moment, on ne peut encore se contenter que du relatif dans cette recherche de l'absolu. L'auteur constate d'abord que tout est à faire dans cet ordre de recherches, mais toutefois on doit lui savoir gré de ses études et du soin attentif qui y a présidé. M. le docteur Bianchi a employé le microphone d'Ecker dans l'auscultation de la tête, du thorax, de l'abdomen; il lui a servi à entendre les rumeurs musculaires, tendineuses et cutanées. Mais, comme le constate honnêtement notre confrère, il faut apprendre à entendre et à traduire avec les nouveaux instruments et il faut surtout que ceux-ci subissent de grands perfectionnements avant qu'on puisse se permettre de tirer des conclusions.

— Un chapitre d'hygiène publique signé par M. le professeur A. Corradi est toujours une bonne fortune pour les lecteurs des *Annali universali di medicina* etc. (p. 125-151 et 559-572), nous relèverons donc les annotations que ce savant consacre à la piqûre des abeilles et à l'apiculture dans les villes. Le rapprochement que M. Corradi fait de l'empoisonnement

causé par la piqûre de l'abeille et celui de la morsure de la vipère est des plus juste, ainsi que l'étude chimique de ces poisons, leur action physiologique et toxicologique.

— Qui aurait jamais cru que la médecine mettrait à son service une méthode de traitement employée seulement jusqu'en ces derniers temps à l'engraissement des volailles ! Le gavage, mot quelque peu trivial, il est vrai, est cependant le seul qui puisse définir la manière dont plusieurs médecins des hôpitaux de Paris nourrissent leurs cachectiques, les phthisiques surtout. M. le docteur Schivardi consacre à l'étude de cette nouvelle méthode les deux premiers-Milan des n[os] 101 et 102 de la *Gazetta degli ospitali*. Il constate les heureux résultats obtenus, vante la puissance et l'efficacité de ce nouveau mode d'alimentation, et la recommande aux médecins de son pays.

— M. le professeur Albanèse, de Palerme, a réussi deux ostéotomies, l'une pour remédier à une ankylose difforme de l'articulation scapulo-humérale chez une jeune fille de 18 ans; l'autre pour une difformité à peu près semblable de l'articulation coxo-fémorale droite chez un jeune garçon.

— Une observation bien rare d'éléphantiasis du pénis, du scrotum et du membre inférieur gauche suivie de guérison, fait l'objet d'une relation insérée dans la *Gazetta degli ospitali* n[os] 2 et 3, par M. le docteur Guarneri, aide de clinique opératoire de M. le professeur E. Bottini de Pavie.

La verge et le scrotum du malade étaient d'un tel volume qu'il fallut, tout d'abord, procéder à leur réduction par une opération des plus longues et des plus délicates. Cette autoplastie terminée, le membre inférieur fut soumis à une compression méthodique, d'abord faite avec une bande de flanelle roulée sur de la ouate, puis avec la bande d'Esmarch appliquée deux ou trois fois par jour pendant une heure. Le résultat, après deux mois de traitement, était très beau au point de vue de l'esthétique; les deux membres offraient le même volume, à peu de chose près. Cette guérison se maintiendra-t-elle? On peut en douter.

— Il résulte des expériences faites par M. le professeur Albertoni avec un nouveau produit pharmaceutique, la cotoïne, que cette substance donnée à la dose de 5 à 10 centigrammes plusieurs jours de suite, parvient à arrêter les diarrhées les plus rebelles, alors que tout l'arsenal thérapeutique a échoué. Ce nouveau produit agit comme antiputride; il modifie les pouvoirs physiologiques de l'épithélium intestinal en excitant la nutrition. (*Gazetta med. ital. lombardia*, 495 et 505.)

(*A suibre.*) D[r] G. MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Féréol comme membre titulaire, en remplacement de M. Pidoux, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Féréol prend place parmi ses collègues.

M. BÉCHAMP offre en hommage un volume qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Les microzymas dans leurs rapports avec l'hétérogénie, l'histogénie, la physiologie et la pathologie.*

M. LE ROY DE MÉRICOURT présente, au nom de M. le docteur A. Corre, médecin de première classe de la marine, un volume intitulé : *Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds.*

M. LANCEREAUX offre en hommage un volume intitulé : *Traité de l'herpétisme.*

M. Léon LABBÉ présente : 1° au nom de M. le docteur Chavernac (d'Aix), une brochure intitulée : *Extraction de la cataracte, retour à la méthode de Daviel*; 2° au nom de M. le docteur de Saint-Germain, un volume intitulé : *Chirurgie orthopédique; thérapeutique des difformités congénitales et acquises*; leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants-Malades, recueillies et publiées par le docteur P.-J. Mercier, médecin consultant à Bourbonne-les-Bains.

M. J. Rochard présente, au nom de M. Fonssagrives, un volume intitulé : *Le rôle des mères dans les maladies des enfants* (5e édition).

M. Panas présente, de la part de M. le docteur Gelly, un travail manuscrit intitulé : Rapport sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Villotte (Meuse), depuis le 2 juin jusqu'au 1er août 1882.

—

M. Bouley demande la parole, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, pour communiquer une note relative aux règles à suivre dans l'emploi de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Nos lecteurs connaissent déjà ces règles qui ont été plus d'une fois exposées dans le journal. Nous nous bornerons à reproduire de la communication de M. Bouley, interrompue, d'ailleurs, par suite de l'inattention persistante de l'Académie, le résumé suivant de la statistique publiée par Brand.

	Cas	Morts	P. 100
Pratique privée..........	689	14	2
Hôpitaux d'enfants........	197	5	2.5
Hôpitaux civils...........	4733	318	6.7
Hôpitaux militaires........	1214	114	9.4
En temps de guerre.......	1308	149	11.4
Total..............	8141	600 moy.	7.4

M. Blot remercie M. Bouley de sa communication, car, à ses yeux, les résultats de la statistique précédente confirment parfaitement l'opinion qu'il avait exprimée sur la valeur thérapeutique de la méthode.

—

M. Maurice Perrin lit un travail intitulé : *Deuxième note sur la conjonctivite rhumatismale.*

Dans la séance du 17 janvier 1882, M. Perrin a communiqué un certain nombre de faits propres à faire admettre une forme de conjonctivite qui serait due à l'évolution du rhumatisme. Cette forme se confond dans ses traits principaux, surtout au point de vue de la rapidité et de la gravité des accidents, avec ceux que l'on désigne sous le nom de conjonctivite purulente blennorrhagique.

Depuis sa communication, M. Maurice Perrin a reçu, de divers côtés, des observations qui viennent confirmer sa manière de voir. C'est la lecture de ces observations qui fait l'objet de sa présente communication. Ces observations prises à des sources diverses s'ajoutent aux faits que M. Maurice Perrin a précédemment exposés à l'Académie. Elles mettent hors de doute, suivant lui, l'existence d'une forme de conjonctive purulente ou catarrhale qui se développe sans contagion et sous l'action du rhumatisme. Cette forme de conjonctivite s'est montrée soit avant, soit pendant ou peu de temps après d'autres manifestations rhumatismatismales. Elle ressemble à l'ophthalmie blennorrhagique par la violence de l'attaque, par la rapidité de l'évolution, par les dangers qu'elle fait courir à la cornée malgré le traitement local le mieux dirigé. Elle a le plus souvent été confondue avec elle.

La conjonctivite rhumatismale n'est pas toujours purulente; elle affecte quelquefois la forme catarrhale. C'est elle qui, vraisemblablement, sert de point de départ à ces épidémies de catarrhes conjonctivaux qui s'observent dans les prisons, dans les écoles, dans les casernes, sur les bateaux, etc.

Dans toute conjonctivite purulente chez les rhumatisants ou dans toute conjonctivite purulente qui ne résulte pas d'une contagion reconnue, il est indiqué d'ajouter au traitement local l'usage des médicaments antirhumatismaux et spécialement le salicylate de soude.

Au traitement local par le nitrate d'argent sous la forme de crayon mitigé ou de solutions, il convient d'ajouter des lotions ou des pulvérisations très fréquentes avec de l'eau alcoolisée à 25 p. 100.

—

— M. le Président, avant de donner la parole à M. Pasteur, pour répondre à M. Peter, demande à M. Pasteur la permission de lui dire que l'Académie est heureuse de le voir de retour dans son sein, et que, puisqu'il a retrouvé le chemin de l'Académie, elle espère qu'il ne l'oubliera plus. (Applaudissements.)

M. Pasteur lit un travail intitulé : *Les doctrines microbiennes et la vaccination charbonneuse.*

M. Pasteur ne saurait admettre, dit-il, qu'on lui attribue des erreurs qu'il n'a pas commises.

Il est inexact, suivant lui, que ce qui s'est passé pour la rage, démontre qu'il se soit trompé ;

Il est inexact qu'il ait jamais annoncé avoir découvert une nouvelle maladie de la rage;

Il est inexact qu'il ait commis une erreur par une précipitation dans ses conclusions;

Il est enfin inexact de dire que s'il avait observé en médecin, il ne se serait pas trompé; car l'une des particularités de son travail a été précisément de relever une erreur commise par un médecin, clinicien de grand mérite, M. Maurice Raynaud.

Quant à la prophylaxie du charbon, par l'inoculation du virus mortel atténué, il constate que du 1er au 10 avril seulement, plus de 25,000 moutons, vaches, bœufs ou chevaux ont été vaccinés. Il est plus que probable que dans le seul mois que nous traversons, les vaccinations dépasseront le nombre de 100,000.

M. Pasteur ajoute que par les perfectionnements apportés dans la qualité des vaccins et par une application mieux entendue de la méthode, consistant principalement à ne pas attendre, pour vacciner, que les troupeaux soient en puissance du mal charbonneux, il n'y a pas eu, à sa connaissance, depuis le mois de novembre dernier, un seul animal qui ait succombé aux suites ds la vaccination.

Cependant, les expériences de contrôle faites dans ces cinq derniers mois, la dernière toute récente, ont prouvé que ces animaux étaient vaccinés contre une inoculation très virulente directe.

Quand on porte en arrière un regard judicieux sur l'histoire des sciences et de la médecine en particulier, on reconnaît quels pas elles ont fait chaque fois qu'il leur est arrivé de sortir des routes battues; elles gagnent toutes à se faire des emprunts mutuels et chaque nouveau point de contact est marqué pour elles par de nouveaux progrès.

M. Peter, en parlant avec une sorte de dédain des chimistes, des physiciens, des physiologistes, semble croire que la médecine est bâtie sur le roc.

Or voilà six mois que, dans cette assemblée des plus grands médecins, on discute le point de savoir s'il vaut mieux traiter la fièvre typhoïde par des lotions froides que par de la quinine, de l'alcool ou de l'acide salicylique, ou même ne pas la traiter du tout. Et quand on est à la veille, peut-être, de résoudre la question de l'étiologie de cette maladie par la *microbie*, M. Peter commet ce blasphème médical de dire : Eh! que m'importent vos microbes? Ce ne sera qu'un microbe de plus!

Le grand intérêt médical de l'expérience de la poule, rendue charbonneuse par un abaissement de la température ambiante, a échappé à M. Peter, car on peut *maintenir* une poule les ailes liées, à l'inanition, pendant plusieurs jours, malade par conséquent, sans qu'elle acquière l'aptitude à contracter le charbon. L'interprétation du physiologiste est, pour ainsi dire, adéquate au fait lui-même.

L'immense intérêt médical de cette expérience se résume en ceci : qu'à la volonté de l'expérimentateur, par un simple artifice physique, le refroidissement, on crée une réceptivité pour la maladie et la mort, et, quand la poule est près de mourir, on crée, en la réchauffant, une réceptivité inverse pour le retour à la vie. Le développement du microbe s'arrête et le microbe déjà existant se résorbe entièrement.

Pourrait-on citer, en médecine, un autre fait de cet ordre?

M. Pasteur déclare que les professeurs de l'Ecole vétérinaire de Turin ont eu le tort, dans leur expérience de contrôle au sujet de l'immunité acquise par la vaccination, d'inoculer du sang charbonneux pris sur un cadavre de vingt-quatre heures, parce que ce sang était à la fois septique et charbonneux; M. Peter n'a fait que s'associer à une erreur en reproduisant à la tribune de l'Académie la protestation de ces messieurs.

Il est étrange, ajoute M. Pasteur, qu'un professeur de la première Ecole médicale du monde assimile à une simple « curiosité d'histoire naturelle » des faits comme celui de la merveilleuse expérience de Pouilly-le-Fort.

M. Pasteur reproche à M. Peter d'avoir parlé avec légèreté des vaccinations par les virus atténués, méthode de prophylaxie certaine et absolue, car les accidents constatés et qui déjà ne se reproduisent plus, n'ont pas été le fait de la méthode prise en elle-même.

Enfin M. Pasteur reproche à M. Peter de s'être servi contre lui d'armes forgées à l'étranger. Pour lui, son patriotisme est de telle nature qu'il ne se consolerait pas que la grande découverte de l'atténuation des virus-vaccins ne fût pas une découverte française. (Applaudissements.)

M. Peter, arrivé trop tard pour entendre le commencement de la lecture de M. Pasteur, demande que la parole lui soit reservée pour la prochaine séance, pour répondre à M. Pasteur.

—

M. Giraud-Teulon donne lecture d'un travail intitulé : *Physiologie de la sensibilité chromatique ; de la théorie d'Young en présence des nouvelles découvertes en astronomie physique.*

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de MM. les docteurs Hélot et Trouard un appareil intitulé : *Photophone électrique frontal.*

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Vaseline camphrée.

Vaseline	4	grammes.
Blanc de baleine	8	—
Cire blanche	2	—
Camphre	1	—

On fond le blanc de baleine avec la cire, on dissout le camphre dans la vaseline, on mélange et on agite jusqu'à complet refroidissement. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Un jeune interne des hôpitaux, M. Belin, neveu du professeur Peter, vient de succomber à une affection cardiaque, laissant d'unanimes regrets parmi ses collègues. Deux couronnes ont été placées sur sa tombe, l'une par les internes des hôpitaux, et l'autre par les internes de l'hôpital Lariboisière, les collègues immédiats de Belin.

École de médecine de Nantes. — M. Jousset de Bellesme, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Nantes, vient de donner sa démission. On se souvient sans doute qu'il y a quelques mois, M. de Bellesme se proposait de prononcer une allocution à la réouverture des cours, lorsque M. Laënnec, directeur de l'Ecole, auquel elle fut soumise, demanda que plusieurs passages fussent remaniés. Sur le refus de M. de Bellesme, le cas fut porté devant le ministre de l'instruction publique, qui chargea un autre professeur de prononcer le discours d'usage.

M. Jousset de Bellesme explique en ces termes les motifs de sa démission dans une lettre qu'il adresse au *Phare de la Loire :*

« C'est pour moi un grand sacrifice de temps et d'argent que de venir depuis sept ans faire un cours de physiologie à l'Ecole de médecine. Tant qu'il y a eu des élèves, j'ai jugé que je devais continuer ; mais, depuis deux ans, le cours que je fais s'adresse à six ou sept personnes, et les sacrifices que je m'imposais n'ont plus de raison d'être. Je me crois donc autorisé par ce fait, et par l'attitude que l'Ecole a prise à mon égard, à les discontinuer. »

(*France médicale.*)

Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. — *Clinique des maladies des enfants.* — M. le docteur Bouchut reprendra ses leçons cliniques le mardi 24 avril 1883 et les continuera tous les mardis, à 8 heures et demie.

Une séance de cérébroscopie avec projections lumineuses électriques aura lieu le 8 mai, pour montrer les lésions du fond de l'œil produites par les maladies du cerveau.

— M. le docteur E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques, le samedi 21 avril, et les continuera les samedis suivants.

Le samedi, à 9 heures, visite des malades; à 10 heures, leçons sur la *thérapeutique des maladies de la peau* (Salle Alibert).

Société protectrice de l'enfance de Paris. — *Question de prix mise au concours pour l'année* 1883 : « Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les localités, quelle a été l'influence de la loi Roussel sur l'industrie nourricière. » Le prix sera de 500 francs.

Question de prix pour l'année 1884 : « Des convulsions chez les enfants du premier âge, de leurs causes et de leur traitement. » Le prix sera de 500 francs.

Les Mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1883 pour la première question, et avant le 1er novembre 1884 pour la deuxième question, au secrétariat général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

FOIE CARDIAQUE ET CŒUR HÉPATIQUE

Hôpital Tenon. — (Service de M. Henri HUCHARD.)

Cardiopathies d'origine hépatique. — Type fonctionnel, type anatomique. — Leur diagnostic. — Importance des caractères cliniques et de l'évolution des accidents. — Du bruit de galop droit et des affections mitrales sans souffle. — Pronostic des cardiopathies hépatiques. — Indications thérapeutiques.

Avant les recherches de MM. Potain et Rendu, pour ne citer que ces deux noms, il n'était guère facile de justifier au lit du malade le diagnostic de cœur hépatique ou de foie cardiaque. Souvent même, anatomiquement sur la table d'autopsie, quand la maladie était ancienne, et surtout qu'il existait des lésions de l'appareil valvulaire, l'hésitation était légitime, et on était tout disposé à subordonner les altérations hépatiques à l'affection du cœur.

Certes, aujourd'hui encore, le diagnostic présente bien des difficultés, quand on examine le malade pour la première fois, alors surtout que, d'hépatique qu'il était primitivement, il a pris la physionomie clinique du cardiaque. Mais ces difficultés ne sont pas toujours insurmontables. On doit donc d'autant plus s'efforcer de les vaincre que les conséquences pronostiques et thérapeutiques du cœur hépatique sont autres que celles du foie cardiaque.

Le malade du lit n° 13 de la salle Barth, possédait bien les apparences d'un cardiaque, quand, le 13 mars dernier, il entrait à l'hôpital. Son facies était légèrement cyanosé et exempt de teinte subictérique; l'œdème généralisé déformait les membres inférieurs plus que les supérieurs. Intense dans les parties déclives de l'ab-

FEUILLETON

CAUSERIES

SOMMAIRE. — Où faut-il envoyer les récidivistes? — La couleur des sens. — Sur le mode de recrutement en France au point de vue de l'âge des conscrits.

On s'est donné beaucoup de mal, depuis quelque temps, pour trouver un lieu de déportation convenable pour les récidivistes. Les uns ont fait valoir des considérations politiques, autres des considérations médicales. Je ferai comme ces derniers.

Tous les endroits choisis par le ministère ont été plus ou moins critiqués par les publicistes médicaux, sous prétexte que ces pays étaient des foyers de fièvre jaune ou paludéenne, et que les récidivistes qu'on y transporterait iraient grossir la mortalité qu'on y observe chaque année parmi nos résidents civils ou militaires. J'accepte cette opinion, mais il faut la généraliser et dire : tous les pays non civilisés sont des foyers de fièvres, et du moment où l'on veut envoyer les récidivistes dans des pays non civilisés, peu importe celui que l'on choisira. Ceci peut paraître quelque peu paradoxal; aussi vais-je m'expliquer.

Si salubre que paraisse un pays non encore habité, il faudra, avant ou après l'arrivée des déportés, préparer le terrain, le défricher, faire des constructions, creuser par conséquent des tranchées, en un mot remuer de la terre. Va-t-on laisser ces déportés ne rien faire? Ce n'est pas probable. On les occupera à ces travaux dont je viens de parler; une fois installés, on les priera de continuer autour de leur installation; ils cultiveront même probablement

domen (région lombaire, organes génitaux), il n'infiltrait que légèrement le visage. La stase veineuse était plus grande dans la jugulaire droite que dans la gauche, et on constatait l'absence du pouls veineux. Courte et fréquente dans la station assise ou debout, ou bien durant les efforts et la marche, la respiration était impossible dans le décubitus horizontal. La dyspnée, l'oppression, l'anxiété étaient extrêmes, et la violence de ces symptômes correspondait tout au plus à quelques râles sous-crépitants de la base des deux poumons. Aucune lésion pulmonaire ne pouvait donc en expliquer l'intensité.

Fallait-il mettre le cœur en cause? L'examen de cet organe démontre la régularité et la fréquence du choc précordial dans le cinquième espace intercostal et au-dessous du mamelon. Le déplacement du cœur est donc peu marqué, et la percussion ne fait pas reconnaître d'hypertrophie. On entend par l'auscultation un souffle systolique à la pointe et à deux travers de doigt du bord gauche du sternum, souffle nettement localisé et sans prolongement ni vers l'épigastre, ni vers l'aisselle. De plus, on constate, dans le deuxième espace intercostal gauche, une accentuation marquée du deuxième bruit à l'orifice pulmonaire (1); de l'augmentation de la matité transversale à la base du cœur, et un *bruit de galop droit* des plus nets, bien différent par conséquent de ce bruit de galop gauche des affections rénales et dont l'importance est si grande dans le diagnostic du cœur rénal. Ici, le bruit de galop droit n'a pas moins de valeur au point de vue du cœur hépatique.

On pourrait croire qu'il s'agissait d'une *affection mitrale sans souffle*, mais il ne pouvait en être ainsi, puisqu'il n'existait ni irrégularités, ni intermittences, ni arhythmies comme dans les *affections mitrales sans souffle*. Et, d'ailleurs, si l'on devait admettre une lésion valvulaire, il faut reconnaître qu'elle n'appartenait pas aux orifices gauches. De par le siège et le caractère du souffle systolique et la tonalité du deuxième bruit pulmonaire et le bruit de galop droit, elle est localisée au cœur droit. Cette cardiopathie consiste donc dans une dilatation des cavités droites avec insuffisance tricuspidienne et asystolie.

Mais, à quelle origine attribuer cette affection? Rien n'autorisait dans l'histoire de la maladie ou les antécédents du malade, à en faire une cardiopathie primitive. Les bronchites antérieures étaient aiguës, et avaient disparu en quelques

(1) Ces renseignements sont extraits de l'observation soigneusement recueillie par M. Pennel, interne du service.

---

les terrains qu'ils auront défrichés. Alors, de ces terres restées vierges pendant des milliers d'années, vont s'élever des miasmes telluriques, sinon paludéens, qui agiront sur les nouveau-venus tout aussi fatalement que si on les avait débarqués dans les pays les plus insalubres. Voyez ce qui se passe actuellement dans l'isthme de Panama. L'histoire de notre colonie d'Algérie est d'ailleurs là pour le démontrer avec mille preuves à l'appui. La plaine non marécageuse de la Mitidja a fait tant de victimes dans les premières années de l'occupation, parmi les soldats et les colons, qu'un des gouverneurs avait proposé de la faire entourer d'une grille pour que personne n'y pût pénétrer.

La suite de l'histoire est bonne à connaître, car elle servira à nous montrer ce qu'il convient de faire des déportés. Les Trappistes de Staouéli, un certain nombre de colons énergiques, aidés des pelotons de discipline, s'entêtèrent à cultiver ces plaines qui, meurtrières pour l'homme et les animaux, donnaient des produits agricoles d'une qualité et d'une quantité incomparablement supérieures à ceux de la métropole. On défricha, on irrigua, on planta des platanes, des vignes, des eucalyptus, et aujourd'hui les vignobles des Trappistes et les fermes de la Mitidja sont réputés les plus rémunérateurs de toute l'Algérie, et l'homme peut y vivre impunément.

Qu'a-t-on fait pour les parties marécageuses de notre colonie? On a creusé des canaux pour permettre aux eaux de s'écouler, on a planté des eucalyptus et des chênes-lièges à la place des plantes herbacées qui croupissaient sur les rives et empoisonnaient l'air, et ces pays ont été assainis. Nous pouvons citer comme un des plus beaux exemples des travaux accomplis dans ce genre, le dessèchement du lac Fetzara, dans la province de Constantine, et dont le docteur Benjamin Maillot nous a raconté les heureuses conséquences au Congrès d'Alger. Une étendue d'eau de 15,000 hectares a été desséchée, et la fièvre intermittente a tellement

jours sans laisser aucune trace et sans avoir présenté aucun trouble cardiaque ou circulatoire. La cardiopathie était donc récente et indépendante du poumon.

Le rein n'était pas non plus en cause; car, si les urines étaient rares, elles ne contenaient ni albumine, ni produits figurés, épithéliaux ou autres. Rien ne permettait donc à songer au cœur rénal ni au rein cardiaque.

L'examen de l'abdomen allait fixer définitivement et compléter le diagnostic. Malgré l'ascite, nettement caractérisée par la fluctuation, M. H. Huchard est frappé par le développement du foie et surtout par l'énorme disproportion entre l'un et l'autre de ses lobes.

Le lobe gauche occupe toute l'étendue de la région épigastrique, depuis la pointe du sternum jusqu'à l'ombilic, s'avance dans l'hypochondre gauche jusqu'à la rate, dans l'abdomen jusqu'à un centimètre de distance de la ligne paraombilicale, et mesure verticalement une hauteur de dix-neuf centimètres. Le volume du lobe droit est augmenté, mais moindre que celui du lobe gauche. La palpation ne révèle pas de déformation et ne provoque à peine de la douleur à la surface du foie. Les battements hépatiques font défaut, et jamais, avant les accidents actuels, le malade n'avait éprouvé de troubles digestifs. Mais, depuis le mois de février, époque du début de la tuméfaction abdominale, il n'en est pas de même et l'appétit a notablement diminué.

Cette déformation de la masse du foie et l'ascite qui l'accompagne sont assurément les symptômes d'une congestion ou d'une cirrhose récente à la période d'hypertrophie. Ici encore, on ne peut invoquer l'intervention de ces diathèses dont la cirrhose et l'hépatite interstitielle sont des manifestations fréquentes; car le malade est exempt de tout antécédent alcoolique, palustre ou syphilitique.

Quelle est la conclusion raisonnée de ces faits? Congestion ou cirrhose commençante, peu importe; l'affection hépatique existe et a précédé les troubles du cœur. Le foie a été l'agent provocateur de l'asystolie et de la cardiopathie droite; cette dernière date de quelques jours, est secondaire, et le malade possède un cœur hépatique et non pas un foie cardiaque.

Sur quelles bases doit-on fonder ce diagnostic? Sinon sur les caractères cliniques, l'évolution des accidents, leur terminaison actuelle, et l'efficacité du traitement mis en usage.

---

diminué depuis, que la consommation annuelle de la quinine dans les villages voisins a été réduite au quart et même au dixième.

Il en sera de même pour tout pays où arriveront les déportés. Si on se contente de les parquer au voisinage de la mer, des marais d'eau saumâtre, de l'embouchure des cours d'eau qui charrient tous les détritus végétaux et animaux ramassés pendant plusieurs centaines de kilomètres, on verra se renouveler les hécatombes humaines de Cayenne, de Nossi-Bé, de Saint-Louis du Sénégal, etc. Le plus malheureux de l'affaire est que ces sacrifices n'auront aucun résultat, et que les générations de déportés se succéderont sans laisser d'autres traces de leur passage que quelques travaux de fortifications et des cimetières.

Si, au contraire, on se pénètre bien de ce principe que tous les pays vierges, marécageux ou non, sont de leur essence même imprégnées de miasmes mortels, mais que ceux-ci finissent par disparaître dès qu'on change la constitution du sol, on pourra rendre salubres tous ces pays insalubres. Les exemples fournis en Algérie par la plaine de la Mitidja et par le lac Fetzara, et qui sont choisis parmi beaucoup d'autres semblables, montrent suffisamment ce qu'on peut attendre de la culture et du desséchement.

Que dès leur arrivée dans ces nouveaux pays, les déportés soient instruits de la manière dont ils doivent en agir avec le terrain, en leur montrant les avantages de leur travail et les dangers de leur inactivité; qu'ils soient dirigés par des hommes compétents, ingénieurs de la marine ou civils; qu'on leur assure des moyens d'existence réels tant qu'ils ne pourront subvenir eux-mêmes à leurs besoins; qu'il soient surveillés par des médecins parfaitement au courant des formes si multiples des affections telluriques et paludéennes, du genre de vie et de l'hygiène à suivre dans les pays chauds où marécageux, ou en train d'être défrichés, et alors le tableau changera. Sans doute on perdra encore un certain nombre d'hommes, mais au moins le sacrifice de ces existences humaines, qu'il faut toujours ménager quand même

Les caractères cliniques? Dans les savantes recherches de nos contemporains (1), dans les quelques lignes écrites par Stokes et dans les faits sommairement signalés par Portal (2), il est possible de reconnaître une double physionomie aux troubles cardiaques d'origine hépatique : Sont-ils fugitifs, discontinus et mobiles dans leur aspect comme dans leur durée? Ces troubles ont le *type fonctionnel* et consistent dans le ralentissement ou l'accélération des battements cardiaques, dans des palpitations variées, des altérations du rhythme, des souffles, des bruits anormaux divers, et dans les signes instables d'une dilatation passagère du cœur droit. Il y a longtemps déjà M. Henri Huchard a observé ces phénomènes dans un cas de colique hépatique survenant au cours d'une affection mitrale. Les troubles fonctionnels du cœur furent alors attribués par lui à une excitation réflexe dont la douleur hépatique était sans doute l'origine, explication parfois vraie, mais qui ne convient pas à tous les cas, puis que les troubles cardiaques peuvent accompagner des affections hépatiques indolores, telles que la congestion, par exemple.

La cardiopathie hépatique a parfois une cause durable et même emprunte à sa permanence la physionomie des affections organiques valvulaires. Elle prend alors un type *anatomique*. La dilatation du cœur droit s'établit définitivement, le bruit de galop droit, l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire se font entendre avec persistance; la contractilité du cœur droit d'abord surmené cède à la fatigue, et la cardiopathie, de fonctionnelle qu'elle était au début, a pris les allures définitives de l'insuffisance tricuspidienne, par lésion de l'appareil valvulaire. Il est alors difficile, pour celui qui est dans l'ignorance de la marche et de l'enchaînement des accidents, d'établir si le cœur était primitivement hépatique ou si le foie est cardiaque. En présence d'un cas de ce genre, il est utile d'examiner la forme de l'hypertrophie du foie, puisque, si la cirrhose hépatique du foie peut être le point de départ d'une cardiopathie, elle peut aussi en être un des aboutissants.

(1) Potain. *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, 1878. — Laurent : *Modifications des bruits du cœur dans la cirrhose du foie*, Paris, 1880 ; thèse inaugurale. — Rendu : *De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement*, Paris, 1883.

(2) Portal. *Observation sur la nature et le traitement des maladies du foie*, Paris, 1813, p. 526. — Stokes. *Traité des maladies du cœur*, 1864, p. 163. — Murchison. *Leçons cliniques sur les maladies du foie*, trad. J. Cyr, 1878.

---

on n'en priserait pas bien haut la valeur morale, n'aura pas été tout à fait inutile. La civilisation entre les mains de ces modestes pionniers, s'avancera peu à peu ; dans 50 ans, dans 100 ans, la salubrité de la Guyane, comme de tout autre pays où il serait à désirer que la France eût son drapeau solidement planté, aurait changé du tout au tout; et alors nous pourrions avoir partout de véritables colonies, durables, habitées par des Français, qui chez nous n'auraient pas été, à la vérité, le dessus du panier, mais que la nécessité et le contact de leurs pareils auraient bien vite assouplis et forcés de se livrer à un travail utile. Les récidivistes bien dirigés feraient-ils moins bien que les soldats des bataillons de discipline mis au service des Trappistes de Staouéli ?

En résumé, tous les pays dans lesquels on enverra les récidivistes sont mauvais ; ils ne deviendront bons qu'à la longue, par la culture; ils deviendront tous mauvais si on ne force pas les déportés à les transformer. Mais il faut surtout tenir compte des enseignements donnés par M. Maillot à propos de l'Algérie : ne pas attendre que plusieurs convois de récidivistes aient péri pour prendre les mesures nécessaires à leur conservation, ni qu'un nouveau Maillot fasse de nouvel les études sur ces morts foudroyantes pour s'apercevoir qu'elles sont d'origine paludéenne ou tellurique; les traiter par le sulfate de quinine, et reconnaître, quarante ans après, que le novateur était un grand homme, digne des récompenses de l'Etat et de l'Institut.

***

Il paraît que les différents tons de la voix humaine ont des correspondants dans la gamme des couleurs. Cette entrée en matière n'est peut-être pas très compréhensible. Je veux dire que chez certains individus l'audition d'un son se traduit immédiatement par une sensation

Chez le malade de la salle Barth, la disproportion était énorme entre le volume considérable du lobe gauche et le développement moins accentué du lobe droit. La cirrhose hypertrophique — et ce caractère pouvait la distinguer d'une congestion simple du foie, — était localisée au premier, c'est-à-dire à un district circulatoire seulement. Il ne saurait logiquement en être de même dans le cas de foie cardiaque, c'est-à-dire de troubles vasculaires s'étendant au système porte tout entier.

L'évolution des accidents ne rendait-elle pas aussi cette hypothèse vraisemblable? Nous n'y insisterons pas, puisque l'histoire de la maladie montre que les troubles cardiaques étaient contemporains et non pas antérieurs aux altérations hépatiques.

Enfin, dans l'espèce, l'influence du traitement n'était-elle pas confirmative du diagnostic? La diète lactée, la macération de digitale répondaient à l'*indication symptomatique* d'alimenter le malade, de restaurer la contractilité cardio-vasculaire, d'aider à la diurèse et, en diminuant l'encombrement de la grande et de la petite circulation, d'atténuer l'infiltration des téguments et des séreuses. Immédiatement ces accidents fonctionnels s'amendèrent, mais les troubles cardiaques persistaient; car l'*indication causale* n'était pas satisfaite. Dans ce but, on prescrivit des émissions sanguines répétées (ventouses scarifiées, sangsues) ainsi que des pointes de feu sur la région hépatique; le volume de ce viscère diminua; de 19 centimètres qu'il avait, le lobe gauche ne mesure plus que 13 centimètres; simultanément les accidents épisodiques cardiaques se sont atténués. Actuellement, l'amélioration persiste depuis plusieurs semaines; les urines sont abondantes; la marche et les efforts musculaires ne provoquent plus de dyspnée; l'appétit est normal et une alimentation plus substantielle est bien supportée. Le traitement local des troubles hépatiques a donc jugé, momentanément tout au moins, la cardiopathie.

Que reste-il, en effet, de la maladie cardiaque, chez cet individu dont le facies était celui d'un mitral à la période asystolique? Tout au plus, et par moments, du souffle tricuspidien, du bruit de galop droit et de la persistance de l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire. D'autre part, le traitement local aurait-il possédé une influence aussi décisive sur la cardiopathie dans un cas de foie cardiaque? Non, assurément.

Le pronostic serait moins heureux dans le cas d'une cardiopathie secondaire à une affection du foie, ayant acquis le type anatomique, c'est-à-dire avec des troubles valvulaires permanents. Tel était le cas d'une malade que M. Huchard a suivi pendant plusieurs années. Cette malade, en puissance d'affection mitrale,

---

lumineuse et colorée; en d'autres termes encore, si ceux-ci ne sont pas assez clairs, certaines personnes, en entendant un son musical ou autre, perçoivent en même temps une couleur, différente suivant la voix, l'instrument, la tonalité, l'intensité du son, etc.

Le docteur Nussbaumer, médecin viennois, fit le premier connaître cette particularité, qu'il avait découverte sur lui-même et sur un de ses frères. Un ophthalmologiste de Nantes, le docteur Pedrono, l'observa récemment sur un de ses amis et étudia minutieusement ce phénomène. Voici quelques détails sur le résultat de ses recherches.

Une note diézée est un peu plus brillante que la note naturelle; au contraire, la note bémolisée est un peu plus sombre. Un même morceau de musique joué par différents instruments, donne des sensations différentes. Ainsi M. Pedrono a noté qu'une mélodie bretonne donnait à son ami la sensation du jaune, exécutée sur un saxophone; du rouge, sur une clarinette; du bleu, sur le piano.

Tout bruit, tout son, musical ou non, donne ces impressions colorées; plus le bruit est intense, plus la couleur est marquée. Le bruit de sifflet donne, s'il est léger, l'image d'une vapeur grisâtre, transparente, irrégulièrement distribuée, s'il est strident, la couleur prend les teintes de l'argent massif.

La voix humaine parlée donne des impressions plus délicates, mais également très nettes, si le timbre est clair, et si l'on parle suffisamment haut. Avec le chant, le phénomène est plus marqué; quatre couleurs se montrent surtout : jaune, vert, rouge et bleu. Les voix les plus agréables produisent généralement une impression chromatique jaune. Chose singulière! Le sujet examiné par M. Pedrono ne pouvait déterminer la couleur de la voix.

L'apparence sous laquelle se produisent ces sensations de couleurs est très variable. Elles semblent correspondre au développement des ondes sonores. Quand on pince une guitare,

possédait un foie cardiaque quand survinrent des accidents de lithiase biliaire. Chaque accès de coliques hépatiques donnant lieu à des poussées congestives sur le parenchyme du foie, on observe pendant ces dernières l'augmentation des troubles cardiaques et l'apparition d'accès d'asystolie. Le foie cardiaque devient par moments l'agent provocateur du cœur et une cause d'aggravation des troubles valvulaires. N'est-ce pas là un cercle fatal pour le pronostic de cette lutte opiniâtre entre un cœur hépatique et un foie cardiaque?

Que conclure de tels faits? Au point de vue de la terminaison définitive, le pronostic doit donc être réservé, même après la disparition ou la guérison de l'accident hépatique initial. Relativement à la pathogénie de ces troubles morbides, il faut peut-être en chercher l'origine dans un de ces grands processus morbides (1), la sclérose, par exemple, processus qui modifient si profondément l'organisme du malade tout entier et localise son action primitivement sur le foie ou bien sur le cœur?

Que la théorie humorale prétende expliquer les faits cliniques dans les cas où il existe de l'ictère? Qu'on invoque la théorie de l'action réflexe de la douleur chez les individus atteints de douleurs hépatiques; ou bien que les troubles gastriques interviennent dans cette pathogénie chez les dyspeptiques? Soit. Ces hypothèses ne peuvent satisfaire à tous les cas. Exempt d'ictère, de douleur vive hépatique et de dyspepsie, le malade de la salle Barth ne rentre pas dans le groupe de ceux dont l'affection est soumise plus ou moins à ces hypothèses. La théorie nerviste du retentissement de l'irritation des nerfs du foie sur les vaso-moteurs du cœur serait-elle, dans l'espèce, en meilleur accord avec les phénomènes observés? Oui, assurément; et cependant, malgré l'autorité clinique de son promoteur, malgré les données de la médecine expérimentale, elle ne suffit peut-être pas pour toujours déclarer le foie ou le cœur d'accusation et mettre le malade hors de cause. Le foie cardiaque et le cœur hépatique ne sont-ils pas souvent les accidents locaux d'un état général de l'organisme et peut-être, dans l'espèce, du processus scléreux?

Ch. ELOY.

(1) Picot. *Contribution à l'étude des rapports pathologiques qui existent entre le cœur et le foie.* (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 8 avril 1883, p. 160.)

---

l'image colorée apparaît comme environnant les cordes de l'instrument; si l'on touche les notes d'un clavier, l'image semble s'élever au-dessus des touches. Le sujet observé par M. Pedrono regardait la sensation comme le résultat d'une hallucination de l'appareil auditif. « Le siège de la couleur me semble, disait-il, se trouver là où retentit surtout le son, perpendiculairement au-dessus de la personne qui chante, et autour de sa tête. Que je voie ou non la personne, l'impression est la même et vient du même point. L'œil n'éprouve aucune sensation, car, les yeux fermés, je pense à la même couleur. Il en est de même si le son vient de la rue, à travers cloisons, murailles, ou un autre obstacle quelconque. Lorsque j'entends un chœur formé de voix nombreuses, il me semble qu'une foule de couleurs éclatent comme de petits points au-dessus des choristes. Je ne les vois pas, mais je suis porté à regarder, et quelquefois, en regardant, je suis étonné de ne pas les voir. »

Il serait encore prématuré de chercher à donner une explication de la cause et de la nature de cette audition colorée. Mais le phénomène est assez singulier, quoique rare, pour qu'il mérite d'attirer notre attention.

***

M. le docteur Dally vient de faire à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle une très intéressante communication sur les dangers de la prématuration, c'est-à-dire d'imposer trop tôt à l'enfant et à l'adolescent, pendant la période de son développement physique et intellectuel, l'obligation de remplir leurs devoirs sociaux. On les instruit trop tôt, on les réclame trop tôt pour le service militaire, etc. Chaque période de leur vie sociale est en avance sur la période correspondante de leur développement; on les oblige à rester cinq heures en classe dès l'âge de 6 ans, et la station assise pendant aussi longtemps est l'ori-

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'hystérie précoce, par M. le docteur L. Greffier. — Le mémoire de M. Greffier a pour but de démontrer l'existence et les formes de l'hystérie chez les jeunes sujets et l'utilité d'un diagnostic précoce de cette névrose.

Parmi les conclusions de l'auteur, nous signalerons les suivantes :

1° L'instauration menstruelle ne paraît pas avoir une importance majeure dans le développement de la névrose. De plus, la puberté n'est pas une condition nécessaire de l'éclosion de l'hystérie. 2° Les troubles psychiques sont fréquents, et s'accompagnent le plus souvent de troubles de la sensibilité ; hyperesthésies et anesthésies diverses. 3° Les troubles de la motilité sont plus rares, tandis que les troubles de l'appareil digestif s'observent souvent. Tels sont encore la dysphagie, les troubles respiratoires (aphonie, toux, hoquet). 4° La forme convulsive est caractérisée quand elle existe, par les phénomènes classiques de la petite hystérie, ou de l'hystéro-épilepsie, ou bien du somnambulisme et de la léthargie. Remarquons en terminant que M. Greffier n'insiste pas sur l'état mental et les mœurs de ces jeunes hystériques, dont M. Huchard, dans le *Traité des névroses*, et M. Legrand du Saulle, ont fait connaître les caractères si importants pour le diagnostic. (*Archiv. générales de méd.*, p. 405; octobre 1882.)

Des modifications produites dans la sécrétion du lait, sous l'influence de certains médicaments, par le docteur Stump. — Les expériences ont été faites sur une chèvre. Cinq grammes d'*iodure de potassium* furent administrés pendant huit jours, et on constata que le lait ne diminuait pas en quantité, mais qu'il contenait une plus grande quantité de matières grasses et une moindre quantité de sucre. Les matières albuminoïdes furent plus abondantes. De plus, il faut admettre que l'iode absorbé est éliminé en combinaison avec la caséine et non pas sous forme d'iodure alcalin.

Par l'usage continu de la *bière* et de l'*alcool*, on a pu constater une augmentation de la matière grasse. Toutefois, tandis que la proportion de lactose n'était pas modifiée par l'administration de la bière, l'usage de l'alcool produisait une diminution des matières sucrées et albuminoïdes. Le docteur Stump n'a pas retrouvé l'alcool en nature dans le lait. Toutefois, les troubles nerveux des nourrissons allaités par des femmes, qui font abus d'alcool, serait peut-être le résultat d'une oxydation incomplète de cette substance ou de la présence de l'alcool amylique dans le lait.

Après l'ingestion d'un *sel plombique*, l'acétate de plomb par exemple, la quantité de lait sécrété restait la même ; mais, six heures après, il était possible de reconnaître des traces du sel métallique dans le liquide. Les femmes, qui sont en puissance d'intoxication saturnine, ne doivent donc pas allaiter.

Sous l'influence du *salicylate de soude*, la sécrétion lactée devient moins abondante ; le

---

gine de nombreuses déformations; il faudrait commencer les études deux ans plus tard, condenser un peu plus les programmes, en élaguer bien des détails inutiles, supprimer bien entendu le baccalauréat, ce que nous ne regretterons pas.

De même, les jeunes gens appelés au service militaire n'ont pas encore atteint tout leur développement physique à 21 ans, et il y a là de nombreux dangers.

On prend aussi plus d'hommes dans le contingent, mais on est ensuite obligé d'en réformer un grand nombre après leur incorporation, pour inaptitude physique. En outre, le nombre des ajournés augmente sensiblement, les médecins comprenant qu'il vaut mieux attendre une année et même deux, plutôt que d'avoir dans les rangs une non-valeur probable. Enfin à cet âge de 21 ans, les maladies et la mort enlèvent encore un grand nombre d'hommes au service militaire. Il y a là évidemment une question d'une grande importance, et M. Dally fait remarquer avec raison qu'une bonne armée, tant au point de vue des intérêts de la population qu'au point de vue de la guerre, n'est pas celle qui compte le plus grand nombre d'hommes, mais celle qui compte proportionnellement le moins grand nombre de débiles et d'incapables ; et il se demande si une armée de deux millions d'hommes, dont la portion active n'a pas atteint 22 ans en moyenne, vaut une armée plus restreinte et dont l'âge moyen serait beaucoup plus élevé.

Les chiffres par lesquels il répond sont des plus concluants, car ils démontrent qu'après leur incorporation un grand nombre de conscrits augmentent de taille et d'ampleur de poitrine. N'aurait-il pas mieux valu attendre un ou deux ans, ce qui donnerait non seulement des soldats plus robustes, mais encore un plus grand nombre de soldats, celui des ajournés par défaut de développement ayant diminué ! Il faut considérer aussi que la trop grande jeunesse est une cause puissante de mortalité et de morbidité pendant la guerre. Et M. Dally rapporte

sucre augmente en quantité, et le lait est plus alcalin. Le salicylate de soude passe donc dans le lait en faibles quantités. Enfin, l'usage de la *morphine* ne provoque aucune modification quantitative ou qualitative. La *pilocarpine* produit plutôt une diminution de cette sécrétion, et surtout de la proportion du sucre. (*Deutsch Archiv. f. Klin. med. Bd.* 30 *Heftg.*)

Sur une forme particulière de crises gastriques non gastralgiques dans l'ataxie locomotrice progressive, par M. le docteur Lépine. — Dans la description magistrale des crises gastriques chez les ataxiques, M. le professeur Charcot insiste sur la douleur vive qu'éprouvent les malades. Cette douleur peut exceptionnellement faire défaut comme le montre l'observation suivante de M. Lépine.

Le nommé L... est un ataxique qui, au moment de l'entrée à l'hôpital présentait de la paralysie du moteur oculaire commun, du côté droit de la face, ainsi que des troubles tabétiques des membres inférieurs et du larynx.

Pendant quatorze jours, ce malade a éprouvé, sans douleurs gastriques, des vomissements, que provoquait l'ingestion d'une seule goutte de liquide. Ces vomissements cessèrent tout à coup. L'importance de ces faits et des citations, que publie M. Lépine, est grande assurément au point de vue du diagnostic. (*Lyon médical*, page 88, 17 septembre 1882.)

Du rétrécissement relatif des orifices du cœur, par le docteur Richard Henkirch. — L'auteur établit, d'abord, que le diamètre des orifices du cœur à l'état normal est en rapport avec la capacité des cavités cardiaques. Ce rapport règle la vitesse de l'ondée sanguine. Le diamètre des orifices et la capacité cardiaque peuvent varier, soit isolément, soit parallèlement. Dans le premier cas, les conditions du fonctionnement de l'organe sont modifiées et un bruit de souffle se produit. C'est ainsi qu'on peut expliquer les bruits de souffle des fièvres graves par une endocardite valvulaire, produisant une diminution de diamètre des orifices. Une saignée dans ces conditions diminue la pression sanguine intra-cardiaque et rétablit l'équilibre. (*The medical Record*, p. 350, 23 septembre 1882.) L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 avril 1883. — Présidence de M. Blanchard.

La séance a été mouvementée et pleine d'imprévu. C'est une dérogation aux habitudes réglées du palais Mazarin. C'est un évènement.

L'Académie avait à nommer un membre titulaire dans la section d'astronomie, en remplacement de M. Liouville. Dans le comité secret de la précédente séance, il fut impossible, paraît-il, de se mettre d'accord sur le mérite respectif des candidats, et l'on n'arriva même

---

à ce sujet quelques exemples saisissants. C'est vraiment pitié, dit-il, de voir combien des jeunes gens de 20 ans supportent mal les fatigues des marches, le poids du sac et de l'équipement; la guerre de 1870 nous a donné sur ce point d'utiles enseignements. Le chiffre des maladies fournies par la garde mobile était hors de proportion avec celui de l'armée.

Dans la campagne d'été de 1809, l'armée, cantonnée dans les diverses provinces du Nord et de l'Ouest de l'Allemagne, avait une distance beaucoup moins grande à parcourir et cependant, avant d'arriver à Vienne, elle avait rempli tous les hôpitaux de ses malades. C'est que plus de la moitié des soldats étaient des jeunes gens ayant à peine 20 ans, levés prématurément. Aussi Napoléon écrivait-il à Cambacérès : « Je veux des hommes faits, les enfants que l'on m'envoie ne servent qu'à encombrer les hôpitaux. » Et pendant la guerre de Crimée, lord Raglan, à l'offre de 2,000 jeunes recrues, répondait : « Ceux que j'ai déjà reçus étaient si jeunes et si peu développés qu'ils ont eté saisis par des maladies; ils ont été fauchés comme des épis. » (Michel Lévy.)

Les mêmes faits se sont produits récemment en Tunisie; les jeunes soldats de la classe ont succombé aux fatigues, dans des proportions considérables par rapport aux hommes de 24 ou 25 ans. Dans les troupes de cavalerie engagées l'an dernier aux grandes manœuvres, les réservistes, hommes de 24 ans au moins, résistaient merveilleusement aux fatigues, tandis que les soldats sous les drapeaux avaient vu en peu de jours leur effectif diminué d'un tiers.

En Allemagne, le mode de recrutement nous paraît, sous ce rapport, bien supérieur au nôtre. Les conscrits comparaissent deux fois l'an, à partir de 20 ans, devant le conseil de recrutement, qui peut les ajourner plusieurs fois à six mois, s'ils n'ont pas atteint les conditions physiques voulues. Or, comme ce retard ne leur compte pas comme service militaire,

pas à constituer une majorité, car, en fin de compte, la section, par l'organe de son doyen, M. Faye, présentait les *deux lignes parallèles suivantes :*

1° En première ligne, M. Wolf; en deuxième, *ex æquo*, M. Roche, M. Stéphan.

2° En première ligne, M. Bouquet de la Grye; en deuxième, M. Fleuriais.

Deux lignes parallèles! Pourquoi pas autant de lignes parallèles qu'il y a de candidats? Cela épargnerait les ennuis, et, quelquefois, les étrangetés du classement.

Voici le résultat du scrutin :

Sur 56 votants, majorité 29. M. Wolf obtient 32 suffrages; — M. Bouquet de la Grye, 21; — M. Stéphan, 1; — M. Roche, 1; — M. Tisserant (depuis longtemps membre de l'Académie), 1. Il y a un bulletin blanc.

En conséquence, M. Wolf est élu.

M. Debray lit, au nom de M. Wrobleuski, une lettre annonçant que l'oxygène liquide a été obtenu à la température de 136 degrés centigrades au-dessous de zéro, et à la pression de 22 atmosphères 1/2. L'oxygène liquide a pu être mis dans un flacon; il est incolore et transparent, comme l'acide carbonique.

M. Dumas fait remarquer à ce propos que l'ozone liquéfié est bleu. M. le secrétaire perpétuel ajoute qu'un télégramme reçu lundi matin à neuf heures et demie annonce que M. Wrobleuski a obtenu, par les mêmes moyens, la liquéfaction de l'azote. Voilà donc les deux gaz de l'atmosphère mis en bouteille.

Quelques paroles de revendication en faveur de M. Cailletet, prononcées par M. Fremy ont soulevé un débat assez vif auquel ont pris part, MM. Würtz, Boussingault, Berthelot et Cailletet lui-même. En somme, les résultats obtenus par M. Wrobleuski, ne diminuent en rien les découvertes de M. Cailletet, au contraire. M. Wrobleuski a été l'élève de M. Cailletet; il l'a aidé dans ses expériences au laboratoire de l'École normale; il s'est familiarisé, sous sa direction, avec le maniement des appareils qui permettent d'arriver à des froids excessifs et à des pressions énormes. M. Cailletet avait vu, et avait fait voir à d'autres l'hydrogène liquide à l'état de détente. M. Wrobleuski n'a fait que devancer la solution que M. Cailletet était certainement sur le point d'atteindre.

M. Dumas dépose sur le bureau, de la part de M. Béchamp, un volume intitulé : *Les microzymas*, qui renferme toutes les présentations faites à l'Académie sur ce sujet par l'auteur.

A l'occasion de feuilles de tôle, soudées sans fusion, présentées par M. Cailletet, M. Dumas rappelle que Wollaston avait déjà appelé l'attention sur ce fait intéressant, à savoir que lorsque les surfaces de section d'un fil de platine, par exemple, sont pures, elles se soudent au chalumeau à une température peu élevé. Mais, si elle ont été touchées par la main, ou même simplement ternies par l'haleine, il n'en est plus ainsi; il faut alors que la température s'élève au point de fusion. M. le secrétaire perpétuel a vu, dans une fabrique de plaqués au Marais, une feuille d'argent fraîchement décapée et parfaitement nette, se souder à une assiette de laiton, très nette aussi, à la température de 100 degrés.

---

il en résulte que le contingent effectif est plus nombreux qu'en France, que les soldats sont plus robustes et moins sujets aux maladies; d'où un nombre plus grand de bons soldats.

Les conclusions tirées par M. Dally de son travail découlent naturellement de ce qui précède, et ce que nous en avons dit suffit pour les faire pressentir : diminuer les travaux intellectuels, augmenter les exercices physiques, éloigner l'époque de l'entrée au service. La compétence de l'auteur donne à ces opinions une grande valeur et nous ne doutons pas que la commission de réorganisation de l'armée en tienne grand compte.

SIMPLISSIME.

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA. — SQUIRE et WHATTEN.

Glycérine.	2 parties.
Huile d'olives.	3 —
Sous-acétate de plomb liquide	3 —
Axonge	11 —

Mêlez, pour une pommade qu'on applique dans l'eczéma en général, et dans les éruptions parasitaires accompagnées d'un violent prurit et d'un eczéma papuleux léger du creux de l'aisselle ou des surfaces de contact recouvertes de poils. — Dans le cas où elle devrait être appliquée sur une région cutanée glabre, on augmenterait sa consistance, en ajoutant 10 à 30 grammes de kaolin pour 20 grammes de pommade. — N. G.

On sait que le grand prix de mathématique a été doublé cette année, c'est-à-dire qu'on l'a décerné et à M. Smith, et à M. Minkouski. A cet égard, des bruits fâcheux ont couru, et on est allé jusqu'à prononcer le mot de plagiat. M. Bertrand, par une explication très franche et très vigoureuse, fait justice de cette calomnie et remet les choses dans leur vrai jour. C'est d'un bon exemple et nous espérons qu'il sera suivi à l'avenir.

M. de Lesseps donne lecture de la note suivante que nos lecteurs nous sauront gré de reproduire *in extenso*.

En vous annonçant, il y a deux mois, mon départ pour les Chotts algériens et tunisiens, je vous disais que tout en étant favorable en principe au projet de mer intérieur du commandant Roudaire dont la réalisation aurait pour la France les conséquences les plus heureuses, je partais néanmoins sans parti pris et bien décidé à reconnaître que le projet devait être ajourné si les difficultés et les dépenses d'exécution me paraissaient trop considérables.

Aujourd'hui, après avoir étudié la question sur les lieux, après avoir visité les Chotts depuis l'embouchure de l'Oued-Melah jusqu'à Biskra, ainsi que les terrains qui s'étendront sur le rivage de la mer future, je reviens plus convaincu que jamais qu'il y a urgence à créer cette mer qui est appelée à transformer de la façon la plus merveilleuse les conditions économiques, agricoles et politiques de l'Algérie.

Avant d'entrer dans les détails de mon exploration, laissez-moi revenir un peu en arrière et dire quelques mots au sujet de la Commission supérieure chargée, au mois de juin dernier, d'examiner le projet.

On a cru généralement dans le public que cette Commission, dont plusieurs de nos savants confrères faisaient partie, avait condamné le projet; c'est une erreur.

Loin de condamner le projet la Commission, comme en fait foi le livre jaune publié par le ministre des affaires étrangères, elle a reconnu :

1° Que l'exactitude des travaux scientifiques sur lesquels repose le projet est au-dessus de toute contestation;

2° Que l'exécution du canal d'alimentation de la future mer ne présentait aucune difficulté;

3° Que l'œuvre serait durable puisque, même en admettant les hypothèses les plus défavorables au sujet de l'évaporation et de la saturation, la mer intérieure serait assurée d'une existence de mille à quinze cents ans, ce qui pour une entreprise humaine équivaut à l'éternité;

4° Qu'à aucun point de vue la mer intérieure ne pourrait être nuisible, mais que, au contraire, elle favoriserait le développement de la colonisation en améliorant le climat, en assainissant des régions insalubres et y apportant la fécondité;

5° En ce qui concerne l'accroissement de notre puissance militaire et maritime, l'importance de la nouvelle voie ouverte au commerce, à l'industrie et à la sécurité de l'Algérie, les avis ont été partagés; cependant personne n'a pu, a aucun de ses points de vue, nier d'une manière complète l'utilité de la submersion du bassin des Chotts. D'autres membres, et particulièrement notre éminent confrère le général Favé ont éloquemment mis en lumière l'importance capitale de la mer intérieure, tant au point de vue colonial qu'au point de vue militaire.

Ainsi la Commission supérieure, loin de condamner le projet, l'a au contraire approuvé en principe, seulement comme elle n'avait pas vu les lieux, elle a exagéré les difficultés, et par conséquent la dépense de l'entreprise.

Eh bien, le voyage d'exploration que la Commission supérieure ne pouvait pas faire, je viens de l'accomplir accompagné d'un certain nombre d'ingénieurs spéciaux et d'entrepreneurs expérimentés, sous la conduite du commandant Roudaire qui ne saurait trop mériter d'éloges pour sa persévérance, son énergie et ses remarquables travaux scientifiques datant de plus de dix années.

Nous avons constaté que partout les terrains sont d'une extraction facile. Ainsi, par exemple, la Commission avait supposé que le seuil de Kriz était entièrement composé de roches dures dont elle avait évalué le volume à 25 millions de mètres cubes. M. Roudaire a reconnu un peu plus bas que le col de Kriz, un autre passage, celui de Tozeur, non seulement moins élevé de douze mètres que le précédent, mais encore uniquement formé de sables. Nous avons vu fonctionner le sondage établi au point culminant de ce seuil, au moment où nous arrivions sur les lieux; la sonde était parvenue à 73 mètres au-dessous du sol. Le trou de sonde avait été entièrement creusé jusqu'à cette profondeur au moyen d'une simple cuillère à soupape suspendue à l'extrémité d'un cable; on le soulevait à l'aide d'un treuil et on le laissait retomber de son propre poids cinq à six fois de suite, puis on le retirait plein de sable. J'ai recueilli moi-même dans la cuillère et enveloppé dans mon mouchoir le sable que je dépose sur le bureau de l'Académie.

Tous ceux qui m'accompagnaient et dont quelques-uns n'étaient pas exempts, au moment

du départ, de certaines préventions contre le projet, sont revenus complètement convaincus et je dirai même enthousiasmés.

M. Bouley présente, au nom de MM. Paul Helot, chirurgien en chef des hôpitaux de Rouen, et de G. Trouvé, un photophore électrique.

Cet appareil d'éclairage médical se compose d'une lampe à incandescence dans le vide, comprise dans un cylindre métallique entre un réflecteur et une lentille convergente.

L'appareil peu volumineux et très léger s'applique sur le front et fournit une lumière très intense dont on peut faire varier le champ par un léger déplacement de la lentille.

Placée dans l'axe des yeux, la lumière accompagne pour ainsi dire le regard de l'opérateur qui n'a nullement à s'en occuper. La source d'électricité est la pile au bichromate de potasse sursaturée de M. G. Trouvé. Elle peut fournir, sans être rechargée, un grand nombre d'heures de travail, soit d'une façon continue, soit à des intervalles longs, comme on voudra.

Ce puissant appareil d'éclairage peut trouver son application dans un grand nombre de circonstances, qu'il s'agisse d'éclairer un champ opératoire profondément situé ou des cavités naturelles comme la bouche, la gorge, les oreilles, le vagin, etc.

La pile est en outre un puissant auxiliaire dans les opérations de galvanocaustie. — M. L.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 6 au 12 avril 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,270. — Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 9. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 35. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 8. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 61. — Phthisie pulmonaire, 229. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 58. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 83. — Bronchites aiguës, 45. — Pneumonie, 147. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 31 ; au sein et mixte, 31 ; inconnus, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110 ; circulatoire, 76 ; respiratoire, 107 ; digestif, 55 ; génito-urinaire, 26 ; de la peau et du tissu lamineux, 9 ; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 43. — Causes non classées, 12.

Résumé de la 15e semaine. — Il a été notifié, au service de la statistique municipale, pendant la période du 6 au 12 avril, 1,302 naissances et 1,270 décès.

Ce dernier chiffre est inférieur à la moyenne des décès constatés pendant les quatre dernières semaines, laquelle est de 1,285.

La comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir :

Une atténuation générale pour les maladies épidémiques (25 décès pour la Fièvre typhoïde, au lieu de 27 ; 24 pour la Rougeole, au lieu de 31 ; 35 pour la Diphthérie, au lieu de 44), — et pour les affection qui, comme la Phthisie pulmonaire, ont un contingent mortuaire habituellement élevé.

La situation hebdomadaire des hôpitaux ne constate une aggravation sensible que pour la Variole (34 admissions pendant la période du 2 au 8 avril, au lieu de 26 pendant la période précédente). Toutefois, plusieurs médecins traitants ont signalé les quartiers de *La Roquette* et *Sainte-Marguerite* au point de vue de cas de Rougeole assez nombreux qui s'y seraient déclarés.

Voici le relevé, pour 1882, des chiffres définitifs des mariages, naissances et décès concernant Paris.

Il a été célébré l'année dernière 21,411 *mariages*, savoir :

Entre garçons et filles	17.579
— garçons et veuves	1.206
— veufs et filles	1.710
— veufs et veuves	904
— divorcés	12

Il a été constaté 62,581 *naissances*, 31,828 d'enfants du sexe masculin, 30,753 d'enfants du sexe féminin.

Au point de vue de l'état civil, ces naissances se répartissent comme suit :

Enfants légitimes	46.059
— naturels reconnus	3.471
— naturels non reconnus	13.051

Ces chiffres donnent le rapport de 103.5 naissances masculines pour 100 féminines.

Le nombre des *décès* survenus en 1882 est de 58,702, dans lequel les enfants au-dessous de 5 ans entrent pour 17,411.

Le rapport des décès entre eux est de 116.1 décès masculins pour 100 féminins.

Leur rapport aux naissances est de 106.6 naissances pour 100 décès.

10,342 décès ont eu pour cause la Phthisie pulmonaire ; 7,579 sont dus aux maladies épidémiques, savoir :

Fièvre Typhoïde	3.352
Variole	661
Rougeole	1.018
Scarlatine	158
Diphthérie	2.390

Les suicides ont été au nombre de 767, savoir : hommes, 612 ; femmes, 155.

Enfin 5,170 mort-nés ont été enregistrés : 3,486 légitimes, 1,684 naturels.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DES ANIMAUX.

SOUSCRIPTION BLATIN.

Les Congrès internationaux des Sociétés Protectrices qui ont eu lieu dans ces dernières années, considérant que le docteur Blatin a laissé des traces ineffaçables et populaires dans les annales de la Protection, ont émis des vœux tendant à ce qu'un monument commémoratif soit élevé à cet homme de bien. La souscription est ouverte au siège de la Société Protectrice des animaux de Paris, 84, rue de Grenelle-Saint-Germain. Une Commission désignée ultérieurement s'occupera des voies et moyens, afin d'assurer de la façon la plus digne l'exécution du vœu formulé par les Congrès de Zurich, de Paris, de Bruxelles.

Premières listes de souscription :

M. Decroix, vétérinaire, 10 fr. — M. le docteur Gayard, 5 fr. — M. le docteur Dumont de Monteux, 5 fr. — Soc. protectrice d'Oran, 10 fr. — Soc. protectrice de Turin, 10 fr. — Soc. protectrice de La Haye, 20 fr. — M. Jules Baraton, 10 fr. — Petite Juliette Baraton, 2 fr. — Rose, sa poupée, 50 c. — Mlle L. D., 5 fr. — M. Crivelli, 5 fr. — M. de Ginestous, 5 fr. — Mlle Lorent, 2 fr. — Miss Michell, 10 fr. — M. Roche, 3 fr. — Mme H^{ri} Blatin, 200 fr. — M. Bouley, de l'Institut, 10 fr. — Mlles Chrétien, 5 fr. — M. Collaux, 5 fr. — Mme et Mlle Goujon, 2 fr. — M. Monteaux (Adelson), 5 fr. — La petite Juliette, 2 fr. 50. — Mme Viel, 2 fr. — M. Viel, 3 fr. — M. Albert, 2 fr. — M. le docteur Bourdin, 20 fr. — M. Gindre-Malherbe, 10 fr. — M. Guyot (de Tergnier), 10 fr. — M. le docteur Lobligeois, 10 fr. — M. Millet, 5 fr. — M. Petibon, 3 fr. — M. Blatin-Mazelhier, 50 fr. — Mme Bouvrait de Villedon, 20 fr. — M. Chouët, 10 fr. — Mme Correy, 5 fr. — M. Driesens, 5 fr. — Mme la douairière Driesens, 5 fr. — Mme Hativet, 10 fr. — Mme et Mlle Henriot, 5 fr. — Mme Ropraz, 3 fr. — Mme Rouët, 5 fr. — M. Roz, 2 fr. — M. René de Semollé, 5 fr. — Société protectrice des animaux de Paris, 200 fr. — M. de Traz, 10 fr. — M. l'abbé B***, 5 fr. — C. W., 2 fr. 10. — M. F. d'Esclande, président de la Société protectrice, 20 fr. — Société protectrice de Hambourg, 20 fr. — Mme veuve Lanon, 10 fr. — M. Bourrel, 10 fr. — Mme Bourdier (Claire), 10 fr. — Mme Rochette, 5 fr. — M. Cesselin, avoué honoraire, 5 fr. — Mme La Baume, 5 fr. — Mme Valérie Fould (souscription non versée).

Total : 824 fr. 10 c.

COURRIER

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 27 avril, à 9 heures, à l'amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Il s'occupera spécialement des maladies éruptives.

Examen des malades à la consultation le jeudi.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cie, 22, rue Dussoubs.

ÉTUDES DE CLINIQUE CHIRURGICALE

DÉCHIRURE TOTALE DU PÉRINÉE. — RESTAURATION PAR LE PROCÉDÉ DE RICHET,

Par M. L.-G. Richelot, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Le périnée se déchire, à la suite de certains accouchements, dans une étendue variable. Tantôt c'est une simple éraillure de la fourchette, qui se répare d'elle-même en quelques jours. Tantôt la solution de continuité comprend la plus grande partie du périnée, mais en respectant le sphincter anal ; c'est encore une déchirure *incomplète*, qui se guérit par adhésion primitive ou bourgeonnement secondaire, spontanément ou par l'intervention chirurgicale, serres-fines, cautérisations légères, avivement et suture. Si par hasard elle ne guérit pas, la lésion est de minime importance, car elle ne produit ni gêne fonctionnelle, ni infirmité, ni danger pour un accouchement ultérieur.

D'autres fois, la déchirure est complète, c'est-à-dire qu'elle intéresse les fibres du sphincter, et confond la vulve et l'anus en un cloaque plus ou moins profond. Cette forme est infiniment plus grave que les précédentes ; l'incontinence des gaz et des matières en fait une déplorable infirmité, contre laquelle s'exerce depuis longtemps l'esprit des chirurgiens. Nous possédons aujourd'hui un bon nombre de méthodes qui en triomphent ; mais ici, comme toujours, il n'est rien d'absolu. Dans la foule des procédés, il faut en distinguer deux ou trois qui sont les meilleurs ; et parmi ces derniers, il faut encore choisir celui qui s'applique le mieux au cas particulier que le hasard vous présente.

Tout d'abord, je tiens à faire une distinction dont les auteurs ne parlent pas assez. Rappelez-vous la constitution du périnée chez la femme : à quelques centimètres de leurs orifices, le vagin et le rectum, jusque-là étroitement adossés, s'abandonnent à angle pour aller s'ouvrir isolément. Les deux conduits divergeant, la cloison qui les sépare s'épaissit de haut en bas, et constitue un triangle de parties molles où viennent s'attacher les fibres du sphincter de l'anus et du constricteur vaginal.

Or, supposez une déchirure verticale (1) unissant la vulve à l'anus : vous avez sous les yeux, à droite et à gauche, les deux parois de la déchirure ; en face, un éperon constitué par la cloison recto-vaginale, et séparant le vagin du rectum. Mais deux cas peuvent se présenter, quant à la figure de l'éperon et des parois latérales. Si la déchirure est peu profonde et n'entame le triangle périnéal que dans une partie de sa hauteur, l'éperon vous offre une surface verticale, parce qu'il est formé aux dépens d'une partie épaisse de la cloison. Si au contraire la fente a gagné le sommet du périnée, l'éperon a la forme d'un bord mince et tranchant, parce qu'il répond au point de la cloison où les deux conduits sont encore adossés. Dans le premier cas, chacune des parois latérales représente une surface triangulaire à sommet tronqué ; dans le second, leur sommet pointu se continue avec le bord mince de l'éperon. Ces deux aspects différents ne doivent pas être oubliés, car je pense que la profondeur du cloaque et l'épaisseur de l'éperon, mieux que tout autre motif, commandent le choix du procédé.

Chez notre malade, la déchirure occupait toute la hauteur du périnée, et la cloi-

(1) La femme est en supination, comme pour un examen au spéculum.

son recto-vaginale se terminait au fond du cloaque par un bord concave, mince et flottant.

Une jeune femme de 24 ans, couturière, entre à l'hôpital Bichat le 20 mars 1883, dans le service de M. Terrier, que je remplace temporairement; elle est couchée au n° 30 de la salle Chassaignac. Mariée depuis deux ans, accouchée pour la première fois il y a dix mois; travail prolongé, application de forceps, déchirure, tentative de suture avec des fils de lin le jour même de l'accouchement, telle est en quelques mots son histoire. Elle se présente à nous dans l'état suivant :

En écartant les grandes lèvres, on constate que la commissure postérieure n'existe plus, et que le périnée est fendu dans toute sa hauteur. De chaque côté, au-dessous de la vulve, est une surface triangulaire, cicatricielle, dont la base répond aux téguments, le sommet à la cloison recto-vaginale. La circonférence de l'anus est rompue, le sphincter a pris la forme d'une bandelette demi-circulaire, et la partie inférieure du rectum représente une gouttière sur laquelle vient tomber l'éperon membraneux formé par la cloison recto-vaginale. Celle-ci est profondément située; à son bord mince et tranchant vient aboutir une saillie verticale ressemblant au *vermis inferior* du cervelet : c'est la colonne postérieure du vagin.

N'ayant pas constaté d'écoulement catarrhal assez prononcé pour devenir un obstacle au succès, je me contente d'évacuer l'intestin pour le préparer à la constipation d'une semaine qui doit succéder à l'acte opératoire, et je procède le 28 mars à la périnéorrhaphie, telle que la conseille le professur Richet, et telle qu'on la trouve décrite dans la thèse d'Emmanuel Bourdon (1).

Tout d'abord je procède au dédoublement de la cloison recto-vaginale. J'introduis le doigt dans le rectum pour soulever l'éperon, et je fais au bistouri une incision transversale à un millimètre en arrière de son bord tranchant, afin de respecter absolument la muqueuse rectale, condition essentielle pour n'avoir pas d'épreintes douloureuses et funestes à la réunion. Je décolle ainsi la muqueuse vaginale sur une étendue antéro-postérieure de plus d'un centimètre; il en résulte que les muqueuses vaginale et rectale, au lieu de s'unir en un bord mince, présentent à l'observateur une surface vive à sinus ouvert en avant.

Cela fait, je prolonge l'incision des deux côtés jusqu'à la pointe inférieure de chacune des grandes lèvres. Cette incision gagne obliquement la peau du périnée, en suivant exactement la ligne qui sépare la muqueuse vagino-vulvaire de la paroi cicatricielle de la déchirure. Puis je dissèque de bas en haut cette muqueuse de manière à former à droite et à gauche un lambeau latéral, qui se continue en arrière avec la muqueuse vaginale séparée du rectum. Ces deux premiers temps peuvent se résumer ainsi : par une grande incision en fer à cheval, j'ai mobilisé partout, en arrière et sur les côtés, la muqueuse vaginale et vulvaire.

Le troisième temps de l'opération n'est autre que l'avivement des parois latérales qui, en se rapprochant, doivent reconstituer le périnée. Par l'abrasion d'une mince couche de tissu, j'obtiens deux surfaces cruentées triangulaires, bien exactement symétriques, dont la base est aux téguments, dont le sommet se continue avec la surface vive que j'ai formée par le dédoublement de l'éperon, dont le côté supérieur (la femme étant couchée sur le dos) correspond à la muqueuse vagino-vulvaire décollée, le côté inférieur à la muqueuse rectale.

Reste à passer les fils dans un quatrième temps. Je me propose d'adosser sur la ligne médiane, par leur face cruentée, les deux moitiés symétriques du grand lambeau en fer à cheval qui résulte à la fois du dédoublement de l'éperon et de la dissection de la muqueuse vagino-vulvaire sur les parties latérales. Après les avoir réunies d'arrière en avant, j'aurai une suture antéro-postérieure en forme de crête saillante en haut. Sous la paroi vaginale ainsi reconstituée, je n'aurai plus qu'à rapprocher les parois de la déchirure, et cet affrontement suffira pour rendre à l'anus sa forme circulaire. En résumé, suture vaginale antéro-postérieure, suture verticale

(1) *Des anaplasties périnéo-vaginales*. Paris, 1875.

du périnée, tel est le procédé de M. Richet, dans lequel la paroi du vagin, reconstituée par la mobilisation et l'adossement de sa muqueuse, forme un couvercle destiné à protéger contre l'écoulement leucorrhéique la ligne d'affrontement des surfaces périnéales.

Je passe donc un premier fil (crin de Florence) à travers la muqueuse du vagin, tout à côté de la colonne postérieure, et le fais ressortir en un point symétrique du côté opposé. Je pratique ainsi d'arrière en avant, huit points de suture. Trois fils périnéaux sont ensuite placés, le premier répondant à l'extrémité inférieure des grandes lèvres, le deuxième à la partie moyenne du périnée, le troisième à l'extrémité rompue des fibres du sphincter. L'anse de chacun d'eux est profondément située, dans l'angle à sinus antérieur formé par le dédoublement de l'éperon. Quand tous les fils sont placés, je les serre en commençant par le plus reculé de la suture vaginale. Enfin j'ajoute, à la fin de l'opération, trois fils périnéaux moins profonds pour compléter l'affrontement et consolider la suture; il y a donc en tout six fils sur le périnée. — Pour introduire les crins de Florence, je me suis servi de l'aiguille de Reverdin, dont l'usage est précieux dans les circonstances difficiles.

Les suites de l'opération furent très heureuses. Les jambes rapprochées par une alèze, la malade resta dans une immobilité complète. Elle prit tous les jours 10 centigr. d'opium, et fut sondée régulièrement. Le pansement de Lister n'était soulevé que pour le cathétérisme, et de temps à autre on injectait doucement un peu d'eau phéniquée à l'entrée du vagin et sur le périnée.

Il n'y eut ni fièvre ni douleur; mais les règles vinrent prématurément le 31 mars. Rien ne fut changé dans le traitement; j'évitai d'écarter les jambes pour examiner la suture; le cathétérisme était fait par une main habile, sans déranger la malade.

Le 4 avril, c'est-à-dire au bout d'une semaine, un lavement fut administré pour vider l'intestin, puis je coupai les crins de Florence, qui furent enlevés, comme toujours, avec une merveilleuse facilité, sans tiraillement ni douleur. Je pus alors explorer la région : la réunion des parois de la déchirure semblait parfaite; le périnée, la vulve et l'anus étaient reconstitués dans leur forme primitive. D'autre part, mon doigt put sentir facilement que la suture vaginale antéro-postérieure avait manqué; les deux bords muqueux n'étaient plus adossés en forme de crête au-dessus de l'affrontement périnéal. Mais dans leur écartement modéré la réunion secondaire était en bonne voie, et protégée contre la pression des gaz ou des matières par l'adhésion verticale du périnée. De plus, la colonne postérieure du vagin semblait, à l'exploration digitale, retomber en forme d'opercule sur l'angle supérieur de la suture, de manière à le garantir contre les sécrétions irritantes et à prévenir en ce point la désunion toujours à craindre et la formation d'une fistule recto-vaginale.

Depuis ce jour, la malade fut encore maintenue immobile, et soumise à des pansements simples, à des soins de propreté minutieux, au cathétérisme.

Aujourd'hui, vingt-troisième jour, la guérison paraît définitive. La forme extérieure de la région est absolument normale; la réunion secondaire a complété la paroi postérieure du vagin; l'angle supérieur de la suture a bien tenu, et par l'exploration digitale on constate les faits suivants : du côté du vagin, à la colonne postérieure fait suite en avant la trace peu saillante de la suture qui aboutissait à la fourchette; du côté du rectum, la réunion a été si parfaite que la muqueuse est lisse dans tous les points et qu'on ne sent aucune dépression vers le sommet du triangle périnéal, c'est-à-dire au lieu d'élection des fistules consécutives à la périnéorrhaphie. Partout l'épaisseur de la cloison recto-vaginale met notre opérée à l'abri de cette infirmité, et lui assure une guérison durable. Ajoutons qu'il n'y a pas trace d'incontinence, et que le sphincter accomplit régulièrement ses fonctions.

Je n'ai pas à faire ici l'histoire de la périnéorrhaphie, et je me bornerai à tirer de mon observation quelques remarques sur la médecine opératoire.

Les anciennes périnéorrhaphies, par le procédé de Roux, ne tenaient pas compte de la difficulté qu'on éprouve à faire un affrontement exact et durable au

niveau de l'éperon; aussi donnaient-elles presque toutes une réunion superficielle du périnée avec une fistule recto-vaginale plus ou moins large. Depuis cette époque, la forme de l'avivement, celle de la suture ont été modifiées de mille façons en vue de prévenir ce résultat fâcheux, par Langenbeck, Demarquay, Verneuil, Le Fort, etc. (1). Chez mon opérée, j'ai imité la conduite du professeur Richet et m'en suis bien trouvé. Sans doute, on peut réussir en suivant d'autres modèles; cependant, le choix du procédé n'est pas absolument facultatif.

L'un des procédés en vigueur porte les noms de Gaillard Thomas (de Philadelphie) et de Jude Hüe (de Rouen) (2). Tous les fils, introduits par les téguments, pénètrent d'un côté de la déchirure et sont conduits jusqu'à l'autre côté dans un seul temps et avec une seule aiguille courbe. Les trois premiers fils, échelonnés de bas en haut, cheminent à travers l'éperon verticalement avivé, et sont placés les uns au-dessus des autres dans l'épaisseur même de la cloison recto-vaginale; les suivants sortent sur la muqueuse vaginale au-dessus de l'éperon. Quand on serre les fils, toutes les parties sont froncées comme avec les cordons d'une bourse, et maintenues dans un contact parfait. Ce procédé, qui prévient le plus souvent la formation d'une fistule, jouit en ce moment d'une faveur méritée. Mais ce qu'on néglige de nous dire, c'est qu'il n'est pas applicable à tous les cas. Pour qu'on puisse, avec une seule aiguille courbe et dans un seul temps, conduire les fils d'un côté à l'autre de la déchirure et les faire cheminer à travers l'éperon, il faut que ce dernier soit près de l'extérieur et la déchirure peu profonde. Pour échelonner les fils de bas en haut dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, il faut que cette épaisseur soit notable, ainsi que le représentent les figures annexées aux descriptions du procédé de Gaillard Thomas. En d'autres termes, il faut que la lésion réponde à l'un des types que j'ai décrits plus haut, celui dans lequel le triangle périnéal n'est fendu que dans une partie de sa hauteur.

Mais qu'aurais-je pu faire de semblable, avec une déchirure profonde et une cloison mince? Un avivement vertical de son bord tranchant m'aurait donné, non pas une surface de 3 centimètres comme dans les observations de M. Hüe, mais une surface minime, d'un affrontement difficile, promptement désunie par les liquides vaginaux et les gaz de l'intestin. J'aurais eu beaucoup de peine à faire cheminer mes fils à travers la cloison, vu sa profondeur; je n'aurais pu les échelonner, vu sa minceur. En serrant les fils, j'aurais déchiré les tissus et n'aurais rien froncé; la fistule était inévitable.

Au contraire, en dédoublant l'éperon, en mobilisant la muqueuse et en reconstituant la paroi vaginale par une suture indépendante, je tournais la difficulté résultant de la minceur de la cloison et de la profondeur du cloaque. En d'autres termes, le procédé de Richet me paraît convenir absolument aux cas les plus graves, et aux autres le procédé de Gaillard Thomas.

Ceux de Verneuil, Demarquay, Le Fort, etc., ont également réussi dans des cas difficiles; mais je n'ai pas voulu en faire la critique, mon but n'étant, pas encore une fois, de tout dire sur la périnéorrhaphie.

Quelques mots encore. Emmet a donné un précepte auquel se sont ralliés Jude Hüe et Gaillard Thomas : c'est de placer le fil périnéal inférieur très bas, au-dessous des extrémités rompues du sphincter, afin de les ramener en avant et de reconstituer plus sûrement l'anneau contractile. Mais l'incontinence n'est pas fort à craindre; chez mon opérée, il n'y en a pas trace, la conformation de l'anus est parfaite, et je n'ai pas suivi le conseil d'Emmet. En cela je me suis conformé au sentiment de la Société de chirurgie, exprimé par la plupart de ses membres en 1876.

Je n'ai pas fait d'incisions dites libératrices, à la manière de Dieffenbach, n'en voyant pas clairement l'utilité. Enfin, je ne me suis pas arrêté aux sutures compliquées de certains auteurs; j'ai même rejeté la suture enchevillée, qui ne me semble

(1) Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, 2e édition. Paris, 1874.
(2) *Annales de gynécologie*, et *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1876.

avoir aucun avantage sur la suture entrecoupée, la plus simple de toutes. Mais j'ai eu soin d'employer les crins de Florence. Merveilleusement commodes, à la fois souples et résistants, ils conviennent également bien aux réunions superficielles ou profondes, aux constrictions faibles ou énergiques; ils irritent fort peu les tissus et peuvent rester longtemps en place quand l'adhésion n'est pas assurée; les nœuds se font aisément au bout des doigts dans une cavité profonde, le premier ne se relâche pas tandis qu'on noue le second; ils s'enlèvent avec la plus grande facilité, sans tiraillement ni douleur.

De ces remarques et de l'observation qui les précède, il faut retenir que les déchirures totales du périnée peuvent guérir du premier coup par la périnéorrhaphie, opération délicate, mais capable de réussir d'emblée quand le procédé choisi est bien adapté à la forme de la lésion.

BIBLIOTHÈQUE

Les thèses du concours d'agrégation en médecine (1883).

Les thèses d'agrégation de cette année sont courtes, relativement à celles des années précédentes; il paraît que les candidats se sont conformés en cela à un mot d'ordre venu de l'un des membres du jury. On ne peut que les en féliciter. Je suis de ceux qui pensent qu'on peut dire la même chose aussi bien en 150 pages qu'en 300, et j'ajouterai que souvent la première manière est bien supérieure à la seconde. Comme il ne s'agit, en somme, que de présenter l'état d'une question d'après les travaux d'autrui, on peut éviter les longs développements, condenser autant qu'on le veut les pensées des écrivains antérieurs, et en faire un résumé d'autant plus simple, plus clair et plus compréhensible qu'il sera débarrassé des particularités accessoires et ne contiendra que les détails principaux.

Pour suivre un ordre quelconque dans notre Revue de ces thèses, nous grouperons d'abord ensemble celles qui ont quelque rapport entre elles. A tout seigneur tout honneur. Nous commencerons par celle du premier lauréat du concours, M. Hanot.

I. — *Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose*, par M. Hanot, chez Asselin.

II. — *De la scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire*, par M. Quinquaud, chez A. Delahaye et Lecrosnier.

III. — *De la tuberculose expérimentale*, par M. X.-J. Schmit, chez G. Masson.

La thèse de M. Hanot est une exposition vraiment magistrale de la question qui lui était échue en partage. C'est une des plus intéressantes du concours actuel, et si d'autres concurrents avaient pu la traiter aussi bien, nul certainement ne l'eût mieux fait.

Après un excellent historique de la question, qui sert en quelque sorte d'introduction aux autres chapitres, l'auteur examine successivement le rôle de l'inflammation avant, pendant et après le processus tuberculeux. L'inflammation prétuberculeuse est le premier stade du tubercule; c'est pourquoi la tuberculose, au début, s'accompagne toujours de fièvre, sauf dans certains cas où l'asphyxie rapide remplace celle-ci; le tubercule est donc une néoplasie inflammatoire de cause spécifique. Cette définition s'éloigne de celle que M. Hanot avait donnée du tubercule dans son article PHTHISIE du Dictionnaire de Jaccoud; alors il séparait le tubercule de l'inflammation ordinaire et il les rapprochait des néoplasmes doués aussi du même pouvoir infectieux; mais cette divergence d'opinion s'explique par les progrès que la question a fait depuis la publication du premier travail de l'auteur.

Pendant la tuberculose, ou après l'apparition du tubercule, celui-ci s'entoure d'une zone inflammatoire plus ou moins étendue, du mode aigu ou chronique, que l'auteur étudie au point de vue de l'anatomie pathologique et de son rôle en clinique. Il en indique les particularités suivant les différents organes, les poumons, les bronches, la plèvre, le péritoine, le péricarde, les méninges, les muqueuses buccale, laryngée, stomacale, intestinale, les ganglions, les os et les articulations, les organes génito-urinaires, et enfin les autres parenchymes.

Il existe, outre ces inflammations tuberculeuses, des inflammations indépendantes du tubercule chez les tuberculeux; elles sont disséminées dans les différents organes; ce sont des phlegmasies cachectiques, banales, intercurrentes, qui sont de même nature que les phlegmasies spécifiques, bien qu'elles s'en distinguent par l'absence du tubercule; mais elles

n'en reconnaissent pas moins les mêmes principes, et, comme le disait Pidoux, elles en sont des manifestations congénères.

On a également noté des inflammations indépendantes du tubercule comme manifestation directe de la tuberculose ; mais les auteurs ne sont pas encore complètement d'accord sur la signification qu'il faut leur donner.

Le chapitre qui nous a le plus intéressé est celui qui est consacré à l'inflammation prétuberculeuse. M. Hanot y démontre que l'inflammation peut précéder la tuberculose, et qu'elle en prépare le terrain, favorise et provoque son apparition. En d'autres termes, chez les tuberculeux, un foyer d'inflammation, ancien ou récent, devient une sorte de lieu de moindre résistance sur lequel se développent les tubercules. De nombreuses observations prouvent qu'il en est ainsi.

Citons enfin les deux derniers et courts chapitres de ce travail, sur les rapports de l'inflammation et de la tuberculose suivant les âges et suivant la coxistence d'une autre diathèse, et sur les indications de thérapeutique générale que comporte le sujet.

II. — Avec M. Quinquaud, une autre partie de la question, posée presque de la même façon, est traitée d'une façon toute différente. L'auteur a invoqué un plus grand nombre de textes; les citations sont plus nombreuses, mais comme l'étendue du travail est la même, il en est résulté un peu trop de concision, de confusion peut-être. Heureusement que ceux qui ne se trouveront pas suffisamment éclairés auront la ressource de remonter aux textes originaux.

M. Quinquaud fait d'abord un esposé succinct des doctrines émises sur les rapports de la tuberculose et de la scrofule depuis Hippocrate et Celse jusqu'à nos jours. Il montre par cet exposé que l'objet principal du litige est le produit tuberculeux. Ceci amène à cette conclusion, qu'il est indispensable d'examiner les moyens de reconnaître ce produit, d'étudier par conséquent les résultats fournis par l'anatomie pathologique et l'expérimentation. La lésion de la tuberculose étant dès lors diagnostiquée, il devient plus facile de délimiter son domaine ainsi que celui de la scrofule. On a par suite deux catégories de maladies dont les localisations sont reconnues : les unes scrofuleuses, les autres tuberculeuses, et il ne reste plus qu'à établir leurs relations multiples. C'est ce que fait M. Quinquaud dans la seconde partie de sa thèse, consacrée à l'étude clinique du sujet.

Enfin le résumé de ce qui appartient à la scrofule et à la tuberculose montre qu'un certain nombre de maladies attribuées à la scrofule doivent être attribuées à la tuberculose; que les points obscurs sont encore assez nombreux; que les limites de la scrofule et de la tuberculose sont loin d'être entièrement déterminées, mais on doit savoir gré à M. Quinquaud d'avoir dressé l'inventaire des notions acquises et de celles qu'il faut *remettre sur le métier*. D'autres pourront se mettre à l'œuvre et continuer plus utilement à travailler dans cette voie, maintenant que le terrain est déblayé et que les jalons sont posés.

III. La thèse de M. Schmitt sur la tuberculose expérimentale empiète un peu sur les deux précédentes, qui en ont déjà parlé accessoirement. L'étiologie de la tuberculose touchait, en effet, à l'inflammation prétuberculeuse et à la scrofule, considérées comme terrains favorables au développement du tubercule. L'expérimentation va-t-elle pouvoir résoudre les points restés obscurs dans les travaux de MM. Hanot et Quinquaud ? C'est ce que M. Schmitt nous apprendra.

Les diverses questions étudiées sont les suivantes : Peut-on, par l'introduction de matière tuberculeuse dans l'économie, provoquer l'éclosion de la tuberculose ? — Cette matière seule peut-elle la déterminer ? — Quel est, dans les produits tuberculeux, l'élément qui suffit à lui seul pour reproduire la maladie tout entière ?

L'inoculabilité de la tuberculose est un fait acquis, quel que soit le procédé employé, inoculation, ingestion, inhalation. Mais il y a à prendre certaines précautions sur lesquelles on ne peut trop insister. Il faut surtout se servir de substances tuberculeuses fraîches pour éviter d'introduire en même temps qu'elles des substances septiques; éviter autant que possible le traumatisme local, n'employer que les espèces animales aptes à contracter la tuberculose, et isoler absolument les diverses catégories d'animaux en expérience.

M. Schmit donne ensuite les résultats généraux de l'expérimentation et les objections faites à la doctrine de l'inoculabilité. Quel que soit le procédé employé, on constate une double phase dans l'évolution tuberculeuse : processus local d'abord, général ensuite. Mais parfois la seconde phase du processus, celle de généralisation, manque, et tout se borne au développement des lésions locales. Quant aux objections, elles découlent évidemment d'une observation imparfaite. On a prétendu que les tubercules, donnés comme le produit de l'inoculation, se trouvaient par simple coïncidence chez l'individu ; que les animaux sur lesquels on expérimentait étaient aptes à devenir spontanément tuberculeux ; que bon nombre de tenta-

tives d'inoculation n'ont pas réussi; que les animaux inoculés guérissent très bien de l'affection qu'on leur a inoculée; que les lésions pulmonaires consécutives à l'inoculation sont des infarctus ou des pneumonies alvéolaires, mais non du tubercule, etc. M. Schmit discute et combat toutes ces objections en se prononçant contre elles.

Mais la matière tuberculeuse est-elle la seule qui par son inoculation puisse reproduire la tuberculose? Il faut d'abord s'assurer que les lésions produites par les inoculations d'autres produits ne donnent pas le tubercule; elles peuvent être semblables extérieurement, mais elles ne sont pas identiques histologiquement. D'autre part, on a inoculé la tuberculose sans le savoir, alors qu'on croyait n'inoculer que des substances étrangères, mais provenant de tuberculeux. Il est bien démontré aujourd'hui que les tubercules proviennent de matières tuberculeuses, ce qui prouve la spécificité de la tuberculose. Quant au virus qui, à lui seul, suffit à la généralisation de l'infection, il serait représenté, d'après les recherches les plus récentes de Koch, de Barbesiu, par des bactéries, des bacilles, qu'on retrouverait dans les crachats des phthisiques, les tubercules du poumon, l'urine et les selles des sujets atteints de cystite et d'entérite tuberculeuses. Mais il y a encore bien des points obscurs à cet égard.

(*A suivre.*) L.-H. Petit.

THÉRAPEUTIQUE

UN COTÉ DE LA QUESTION DU LAIT,

Par M. le docteur D. Delattre.

L'Administration, émue des réclamations énergiques et répétées des hommes compétents, vient, sous la direction du professeur Parrot, d'organiser une nourricerie annexée à l'hospice des Enfants-Trouvés. Il est donc possible de poursuivre désormais les expériences que réclamait avec tant d'insistance le regretté docteur Coudereau.

Les renseignements communiqués récemment sur les premiers résultats de cet essai nous ont remis en mémoire l'aventure amusante, et surtout instructive, dont un critique des plus connus fut le héros, il y a quelques années.

C'était l'époque où le savant professeur, faisant ses premières leçons sur l'athrepsie, montrait combien d'enfants mouraient d'inanition à l'hospice. Un assistant, peu familier, sans doute, avec les termes médicaux, court tout ému raconter à notre critique que, de l'aveu des médecins, l'Administration hospitalière laissait *mourir de faim* des centaines d'enfants.

L'occasion était trop belle pour la laisser échapper et quelques lecteurs se rappellent peut-être encore avec quels accents indignés était flétrie cette Administration marâtre, qui pratiquait l'infanticide sur une aussi vaste échelle, et cela au moment même où, de toutes parts, on signalait un inquiétant arrêt dans le développement de la population de la France, etc. C'était une charge à fond.

Il faut convenir, du reste, qu'avec sa parfaite bonne foi, l'auteur de ces articles n'hésita pas à reconnaître sa méprise, lorsque, sur l'invitation des médecins, il eût vu par lui-même l'état réel des choses. Il comprit bientôt, en effet, que les enfants manquaient non pas de nourriture, mais de la faculté de l'assimiler; ils mouraient de faim au sein de l'abondance.

Quand l'estomac est hors d'état de remplir ses fonctions, c'est en vain qu'on lui donne les meilleurs aliments, si en même temps on ne lui procure pas le moyen de les digérer et de les assimiler.

La démonstration en fut faite à ce même hospice sur une série de douze enfants pris au hasard parmi les nouveaux entrés, par le docteur Tardieu, alors interne. On les soumit au même régime que les autres; seulement on ajouta aux aliments du lacto-phosphate de chaux. Sur les douze enfants, tous profondément inanitiés, dix sortirent vivants de l'hospice pour être dirigés sur la province, ce qui renversait presque exactement les proportions de la mortalité à cette époque.

Un tel résultat ne doit pas étonner, car l'acide lactique contenu dans la préparation assure la digestion, tandis que le phosphate de chaux pénétrant dans les organes avec les albuminoïdes, les fixe à l'état de tissus. C'est ainsi que M. Dusart explique l'action digestive et reconstituante du lacto-phosphate de chaux, dans le mémoire publié en 1869-70 dans les *Archives générales de médecine.*

On comprend tous les services qu'une telle action rend aux enfants, aussi bien pendant la période d'allaitement que pendant le long et souvent dangereux travail de dentition. Il n'est pas nécessaire, du reste, de donner le médicament directement à l'enfant : dans bon nombre de cas, il suffit de l'administrer à la nourrice.

C'est ce que j'ai fait dans des cas très nombreux, parmi lesquels je citerai le suivant :

Une jeune mère très fatiguée, mangeant mal, dormant peu et se plaignant de douleurs épigastriques et dorsales, ne donnait qu'un lait clair et bleuâtre à son enfant, âgé de trois mois. Celui-ci, toujours affamé, pleurait, ne dormait pas, et souffrait d'une lientérie qui avait déterminé aux fesses, aux cuisses et jusque sur le ventre un vaste érythème.

Il suffit de donner à la mère trois cuillerées à bouche, chaque jour, de sirop de lacto-phosphate de chaux, pour lui rendre l'appétit, rétablir la richesse du lait et, par contre-coup, guérir l'enfant.

Il est bien rare que je n'aie pas eu à constater ces résultats à la suite de l'administration de cette préparation. Je n'ai pas été moins heureux, lorsque j'ai donné le sirop ou le vin de Dusart aux femmes enceintes, spécialement à celles qui se font remarquer par la mollesse des chairs et la tendance au lymphatisme. Dans ces cas, non seulement je relève les forces générales, mais le plus souvent l'enfant qui naît après un pareil traitement se fait remarquer par sa vigueur.

Ce résultat, facile à prévoir pour ceux qui connaissent l'action physiologique du lacto-phosphate de chaux, est surtout évident lorsque plusieurs grossesses se suivent et que le médicament n'est administré que pendant une ou deux, à l'exclusion des autres.

Je connais plusieurs familles dans lesquelles il est facile de reconnaître au premier aspect les enfants dont la naissance a été précédée par l'administration du lacto-phosphate de chaux.

En résumé, si l'on veut que le lait de femme, surtout dans les grandes villes, soit toujours suffisamment riche, il faut donner à la femme pendant la grossesse, et à la nourrice pendant tout l'allaitement, le phosphate de chaux spécialement sous la forme physiologique adoptée par M. Dusart, sirop ou vin. Si l'on recourt à l'allaitement artificiel, il faut donner directement cette préparation à l'enfant, ou ne lui donner que le lait d'animaux nourris avec des substances riches en phosphate de chaux, herbe jeune, avoine, etc.

TRAITEMENT DES DYSPYPSIES.

L'extrême fréquence des dyspepsies, le défaut de nutrition et l'anémie qui en sont la conséquence fatale, font du traitement de cet état pathologique une des questions les plus intéressantes de la thérapeutique. Grâce aux découvertes physiologiques, nous connaissons aujourd'hui, d'une façon à peu près certaine, les modifications que la digestion fait subir aux aliments. Nous savons que le bol alimentaire est soumis à des transformations chimiques extrêmement importantes, et que le trouble chimique de la digestion est, presque toujours, la cause essentielle, la condition *sine quâ non* des dyspepsies. Ainsi, que la dyspepsie soit essentielle ou symptomatique, le trouble chimique est toujours la lésion primordiale qui peut grouper autour d'elle les symptômes si variés de cette affection. Sans doute divers agents peuvent modifier tel ou tel symptôme, les amers peuvent faire renaître l'appétit et accroître le pouvoir d'assimilation, mais la cause essentielle subsistant, la dyspepsie persiste, et pour être rationnel, le traitement doit avant tout suppléer à l'insuffisance du suc gastrique.

La médication chlorhydro-pepsique répond parfaitement à cette indication, et l'expérience a confirmé de la manière la plus heureuse les prévisions que la composition si rationnelle de cette préparation permettait d'espérer. On sait que, chez les dyspeptiques, on constate presque toujours les signes de l'anémie. Pour remédier à cette fâcheuse complication, M. Grez a eu l'heureuse idée d'associer à la pepsine-chlorhydrique les amers et la coca, qui complètent son action eupeptique en augmentant la sécrétion du suc gastrique et en réveillant les contractions physiologiques de l'estomac.

L'*élixir chlorhydro-pepsique Grez* agit donc en même temps sur les phénomènes chimiques et mécaniques de la digestion. Ses effets physiologiques sont une augmentation rapide de l'appétit, la digestion complète des aliments, et comme conséquence un développement évident des forces. Les applications de cette médication sont très nombreuses, car les différentes formes de la dyspepsie, l'anorexie en sont justiciables.

Les premières expériences faites par le professeur Gubler ont démontré la puissance thérapeutique de cette médication et la rapidité de son action contre les dyspepsies.

Des expériences plus récentes faites par MM. Dujardin-Beaumetz, Ch. Fremy, Gombault, Huchard, Lucas-Championnière, ne laissent aucun doute sur la valeur thérapeutique de cette préparation. L'efficacité de l'élixir chlorhydro-pepsique dans l'anémie n'a pas été moindre que dans les dyspepsies. Une observation publiée par M. le docteur Mora fait ressortir d'une façon bien évidente les heureux effets de cette médication chez les anémiques. Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, chloro-anémique au suprême degré, et de plus hystérique. Cette femme, malade depuis longtemps, avait complètement perdu l'appétit, et l'appareil digestif ne fonc-

tionnait que bien imparfaitement; malgré un état pathologique aussi peu rassurant, l'*élixir Grez* a parfaitement réussi. La pauvre femme, qui ne mangeait plus, vit chaque jour son appétit renaître en même temps que ses forces, et je ne doute nullement, dit le savant observateur, de sa guérison complète. Souvent, nous avons donné cette préparation à des anémiques, des convalescents épuisés par une longue maladie, dont l'appareil digestif semble avoir perdu son pouvoir digestif, et presque toujours l'état général des malades s'est rapidement amélioré; une à deux cuillerées à bouche données avant chaque repas ont suffi pour réveiller l'appétit.

En terminant, nous rappellerons les succès obtenus à l'hôpital des Enfants, avec cette préparation, par MM. Archambault, et Bouchut dans les troubles gastro-intestinaux des enfants; résultats d'autant plus heureux que l'on sait combien étaient limitées les ressources de la thérapeutique pour combattre ces affections chez l'enfant.

D[r] A. VIDAL.

JOURNAL DES JOURNAUX

Journaux italiens.

Suite. — (Voir le numéro du 19 avril.)

— Faire une opération sanglante pour rechercher à quel sexe appartient réellement un individu, pourrait passer à la rigueur pour un acte de haute fantaisie chirurgicale, et pourtant M. le professeur Porro n'a pas craint d'agir ainsi dans le cas spécial que nous allons raconter; et c'est grâce à cette intervention, la première du genre, réclamée du reste avec instance par l'intéressée, que la vérité a pu être connue d'une façon précise et complète.

Le 15 novembre 1882, se présente au dispensaire de M. le professeur Porro, la nommée T. G. F..., âgée de 22 ans, à l'effet de savoir à quel sexe elle appartenait réellement. Élevée depuis son enfance comme une fille, T... n'en a jamais eu les goûts; au contraire, tout décelait dans ses instincts des idées masculines; sa taille est de 1 mètre 59, son poids de 51 kilog. 400; les traits du visage sont virils, la lèvre supérieure et les joues sont ombragées de quelques poils noirs. Le thorax est celui d'un homme, les seins sont développés comme chez les jeunes filles vierges, le mamelon n'est pas érectile. Le ventre est plat, mais la conformation du bassin est celle d'une femme; les bras sont secs et non arrondis; les membres inférieurs, par contre, offrent la conformation féminine, ils convergent vers les genoux.

Le pénil est peu proéminent; il est garni de poils durs et a l'aspect ordinaire de celui de toute femme adulte, les jambes étant rapprochées. Si on écarte celles-ci, on découvre une vulve avec un clitoris très développé dont le gland dépasse seulement de 1 centimètre 1/2 le prépuce ou capuchon. A la base du gland, partent deux replis de la muqueuse vulvaire qui simulent les petites lèvres; en les entr'ouvrant, on rencontre un canal de 4 centimètres environ, qui s'étend de la base du gland jusqu'à une ouverture pratiquée sur la ligne médiane, distante de 6 centimètres de la marge antérieure de l'anus. Cette ouverture conduit à un nouveau canal, qui, après un trajet de 4 centimètres 1/2, s'ouvre dans la vessie.

Deux replis cutanés, de dimensions plus grandes que les précédents, se développent de chaque côté du corps péniforme, parallèlement aux petites lèvres; ils sont couverts de poils et peuvent passer pour les grandes lèvres. On trouve à leur sommet, vers la région inguinale, deux corps durs appliqués à l'anneau. A la pression de ces corps, le sujet n'accuse aucune sensation douloureuse, ni spéciale au froissement testiculaire. S'agit-il là des ovaires ou des testicules? Tel est le problème à résoudre et le seul moyen de faire un diagnostic exact.

Le toucher rectal démontre que la prostate n'existe pas; l'utérus n'est pas rencontré davantage.

Le 9 décembre 1882, M. le professeur Porro ouvre le pli génito-crural du côté droit et met à découvert son contenu, que tous les médecins assistant à l'opération reconnaissent pour être le testicule coiffé de son épididyme; le cordon spermatique est reconnu dans le cordon de soutien et d'attache du testicule. Quelques points de suture au catgut et un Lister furent appliqués, et, quinze jours après, l'opéré quittait le service avec un nouvel état civil, enchanté du résultat de cette investigation. (*Gaz. méd. ital. Lombardia,* n° 51.)

— Curabilité et nature de la phthisie pulmonaire, par M. le docteur Luigi Concetti (extrait de la *Gazetta medica di Roma,* anno VIII, n° 13 et suivants).

Après avoir passé en revue les différentes modalités de la cruelle affection, l'auteur termine par ces conclusions :

1° L'anatomie et l'histologie pathologiques ne sont pas suffisantes à elles seules pour bien

définir la nature des processus de la phthisie; il est besoin du concours de la pathologie expérimentale et de la clinique qui, en dernier lieu, juge souverainement;

2° La dualité de la phthisie, qui montre la possibilité d'une phthisie non tuberculeuse, repose sur des faits indéniables (d'anatomie pathologique, de pathologie expérimentale et de clinique;

3° Tandis que la possibilité de guérir est très discutable pour les formes tuberculeuses, il n'en est pas ainsi pour les phthisies caséeuses dépourvues d'éléments tuberculeux;

4° La tuberculose est une maladie infectieuse et contagieuse;

5° Il est d'une nécessité absolu de faire un diagnostic exact du processus pour tirer des conséquences utiles, tant au point de vue du pronostic que du traitement.

— Contribution à l'étude de la maladie d'Addison, quatrième mémoire, de M. le docteur Vérardini, médecin en chef du grand hôpital de Bologne, etc., etc. Sous ce titre, l'éminent praticien bolonais est venu apporter à ses confrères le résultat de ses nouvelles et patientes recherches sur la maladie bronzée. On sait quelle divergence d'opinions règne dans la science sur l'étiologie de cette affection, l'auteur, après les avoir reproduites, pense que l'altération morbide des capsules surrénales n'est pas unique, mais peut varier à l'infini et présenter tantôt l'atrophie ou l'hypertrophie, tantôt le ramollissement ou l'induration, quelquefois le ramollissement ou l'induration, quelquefois aussi la dégénérescence graisseuse, amyloïde ou même cancéreuse; enfin il n'est pas rare d'y trouver le tubercule à ses différentes phases d'évolution; c'est même, pour M. le docteur Vérardini, l'altération la plus fréquente.

La maladie d'Addison ne dépendrait donc pas toujours, et d'une façon absolue, de la condition des capsules surrénales, qui peuvent n'être altérées que secondairement par la force des consensus pathologiques qui les obligent à prendre un aspect morbide pouvant varier à l'infini.

Quant à la coloration spéciale de la peau, elle est la conséquence du processus vicié qui survient dans les sources premières de l'innervation et de la sanguification, par un trouble profond des vaso-moteurs ou des centres nerveux. On observe la même altération dans certaines anémies, chez quelques tuberculeux ou pellagreux, la raison en est dans un travail pathologique lent et continu qui se termine en fin de compte par une cachexie et l'émaciation générale.

Bergmann, qui le premier a découvert la grande quantité de nerfs contenus dans les capsules surrénales, nerfs qui proviennent du plexus solaire, du plexus rénal, et dont quelques filets tirent leur origine du phrénique et du pneumogastrique, Bergmann pense avec raison que l'innervation de ces organes est sous la dépendance du sympathique; c'est l'aussi l'opinion de M. le docteur Vérardini qui l'appuie d'une observation clinique très concluante, où le rôle du système nerveux a été parfaitement noté dans l'évolution de la maladie, et que des préparations histologiques ont confirmé nettement.

Ce travail, dont l'éloge n'est plus à faire, mérite de fixer l'attention de tous ceux qu'une étude sérieusement faite peut intéresser.

Dr G. Millot-Carpentier.

Des intoxications saturnines à forme lente, par le docteur Martinez Agundez. — L'auteur a observé dans un village un groupe de seize saturnins sur une population de cinq cents habitants. Les symptômes étaient les suivants : débilité générale, coliques intenses, douleurs ombilicales continues avec des exacerbations, crampes douloureuses dans les muscles de la jambe, arthralgies, et, chez certains malades, vomissements répétés, lenteur du pouls, tremblements, inappétence et liséré gris noirâtre gingival. Dans deux cas on observa des accidents d'encéphalopathie.

Le traitement consistait dans l'emploi des bains sulfureux, des purgatifs salins et des préparations opiacées. Les rechutes furent fréquentes pendant la durée de la médication. Les accidents peuvent se diviser en deux groupes : 1° *accidents prodromiques* : coloration gingivale, ralentissement du pouls, amaigrissement; 2° *accidents d'intoxication confirmée* : tels que coliques, paralysies, convulsions, névralgies viscérales, spasmes et paralysies des extenseurs.

Ces intoxications devaient être attribuées, d'après l'auteur, à l'usage des sels de plomb employés pour modifier la qualité des vins. C'est encore une épidémie du même genre qui a été décrite dans le numéro du 30 juin du même journal, *el Siglo medico*, par M. Molleda, sous le nom de coliques végétales endémiques de diverses localités de la province de Léon. (*El Siglo medico*, p. 669, 15 octobre 1882.)

De la pectoriloquie aphone dans la tuberculose, par le docteur A. Bianchi. — Ce symptôme serait le plus souvent suffisant dans les cas douteux, pour établir le diagnostic de l'induration

ou des cavernes tuberculeuses. Il existerait même en l'absence des autres signes, ou quand ceux-ci sont peu marqués. De plus, les bruits d'une faible intensité seraient plus facilement perçus que ceux très élevés de ton dans les cas d'induration pulmonaire; ce signe serait donc important pour le diagnostic. (*Gazz degli ospit.*, 17 mai 1882). — L. D.

VARIÉTÉS

L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE DE KIL-DJIVARENO

Kil-Djivareno est un district persan, situé au sud du lac d'Ourmiach, à environ dix-huit heures de marche à l'est de la frontière turco-persane et des passes de Suleymanié. Cette région est actuellement le foyer d'une épidémie sur la nature de laquelle on est loin d'être fixé, mais qui, d'après les premiers renseignements, ne serait autre que la peste. D'ailleurs, c'est dans le voisinage, auprès du district de Noukris, un peu au nord du lac d'Ourmiach, qu'on a observé les épidémies de 1878 et de la fin de l'année 1881. A cette époque, un cordon sanitaire fut établi en même temps que des mesures, opportunément prescrites et sévèrement exécutées, limitaient les régions envahies.

En sera-t-il de même en 1883? Il y a lieu de l'espérer; le Conseil sanitaire international vient d'ordonner au docteur Stiepovich de se rendre dans le district infecté. Un médecin militaire ottoman, envoyé par le pacha de Bagdad, a essayé en vain de franchir le cordon sanitaire déjà établi vers le sud. Le docteur Stiepovich espère être plus heureux en suivant du nord au sud, dans son itinéraire, le bord occidental du lac d'Ourmiach. De plus, une quarantaine est établie aux passes de Suleymanié, que traversent la plupart des voyageurs venant de Perse en Asie Mineure.

Ajoutons qu'une autre route mériterait d'être surveillée. Se développant sur la rive orientale du lac d'Ourmiach, vers Tauris, la maladie peut, en effet, se propager vers Bakou et les bords de la mer Caspienne. De là, un danger pour les frontières de la Russie méridionale, et par suite pour l'Europe. Il est vrai que la peste est une affection qui ne se déplace pas par bonds comme le choléra, et qu'on peut plus facilement en circonscrire les ravages. Néanmoins, au cas où l'épidémie actuelle viendrait à faire tache d'huile, Bakou serait une importante position stratégique pour la défense et l'observation. L. D.

COURRIER

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de médecin du Bureau central* — Les noms tirés au sort pour constituer le jury sont ceux de MM. Ed. Labbé, Rigal, Ferrand, Landouzy, *Empis*, *Fauvel*, *Matice*, Damaschino, Landrieux, Monod, Léon Labbé.

Les noms en italique sont ceux des médecins qui n'ont pas accepté de faire partie du jury.

MISSION SCIENTIFIQUE. — Une mission est organisée dans la régence de Tunis en vue de procéder à des recherches d'histoire naturelle et principalement de botanique. M. Cosson, membre de l'Institut, est chargé de diriger cette mission. MM. Doumet-Adanson, président des Sociétés d'horticulture de l'Hérault et de l'Allier; Aristide Letourneux, conseiller honoraire de la cour d'Alger; le docteur Victor Reboud, médecin-major de première classe, en retraite, sont nommés membre de la Commission. MM. Bonnet, préparateur au Muséum d'histoire naturelle; Barratte, conservateur des collections de M. Cosson; Clément Duval, préparateur de plantes, sont adjoints à la mission.

PRIX. — La Société de médecine d'Anvers met au concours, pour l'année 1883, les questions suivantes :

I. Exposer les recherches modernes sur la pathogénie de la tuberculose. — II. Étudier comparativement les différends modes de traitement du diabète. — III. Étudier l'influence des maladies du cœur sur les femmes enceintes et réciproquement l'influence de la gravidité sur les maladies du cœur. — IV. Faire connaître l'état actuel de la science sur le rôle que jouent dans la pathologie tant interne qu'externe, les germes, vibrions, microspores, parasites en général, en s'appuyant sur les démonstrations et les expériences.

Prix : médaille d'or ou de vermeil ou mention honorable, selon la valeur du mémoire. Outre ces prix, les auteurs des mémoires couronnés seront nommés correspondants de la Société et recevront gratuitement cinquante exemplaires de leurs travaux.

Les mémoires devront être envoyés, avant le 30 novembre 1883, sous les formes académiques ordinaires, au secrétariat de la Société, docteur W. Schleicher, 41, rue Ommeganck, Anvers.

FORMULAIRE

INHALATIONS CONTRE LA DIPHTHÉRIE. — DAVIS.

Acide lactique concentré.	0 gr 12 à 0 gr 15 centigr.
Eau distillée	30 grammes.

Mêlez. — Toutes les 3 ou 4 heures, on fait pénétrer cette solution dans la gorge, sous forme de pulvérisation, quand les fausses membranes se développent rapidement, et qu'on constate du gonflement des ganglions du cou. — En même temps on applique sur les ganglions engorgés, le liniment suivant :

Essence de térébenthine	15 grammes.
Chloroforme.	15 —
Huiles d'olives	100 —

Mêlez en agitant. — N. G.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cie, 22, rue Dussoubs.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

SUR LE

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1)

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ),

Par le docteur G. RICHELOT père,

Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

Observation VII. — Accidents inflammatoires sérieux dans la région des organes génito-urinaires à la suite des premiers rapprochements conjugaux. Absence de tout traitement pendant 4 ans malgré la persistance des symptômes douloureux. Après ce laps de temps, aggravation des souffrances par une vive émotion morale, qui force la malade à recourir à la médecine. Engorgement énorme avec ramollissement, du col utérin. Insuffisance de divers traitements généraux combinés avec l'emploi local de la pierre infernale, suivis pendant quatre années sans succès. Guérison, après 8 années de maladie, obtenue rapidement par quatre cautérisations avec le caustique Filhos.

Madame G..., âgée de 30 ans, de taille moyenne, de tempérament lymphatique, blonde, à chairs blanches, à teint rose, douée d'embonpoint, de structure en apparence assez vigoureuse, et n'ayant point eu d'enfants, est venue d'un département éloigné pour me consulter, en avril 1856.

Réglée pour la première fois à 10 ans et demi, elle a vu ensuite ses règles très irrégulièrement jusqu'à l'âge de 15 ans; et, pendant ces cinq années, elle est restée pâle et mal portante. Vive, active, très sensible aux impressions morales, elle s'est développée complètement à 15 ans, et dès lors les époques sont devenues régulières. Mais le sang des règles étant toujours pâle, elle a été traitée, selon toute apparence avec succès, par les préparations ferrugineuses à haute dose. Point de maladies caractérisées avant son mariage, sauf une leucorrhée qui survenait seulement sous l'influence de la fatigue.

Mariée à 22 ans, Madame G... a été tourmentée, six semaines après son mariage, par une constipation opiniâtre et par des douleurs atroces en urinant. A partir de ce moment, le coït a été douloureux au point d'arracher des larmes à la malade, qui est devenue sujette à des élancements sourds dans tout le bas-ventre, avec irradiations jusque dans les reins et douleur à la pression sur la moitié gauche de l'abdomen. Cet état morbide, qui durait depuis huit ans, n'a point été combattu médicalement pendant les quatre premières années. A la fin de cette période la mort du père de Madame G... ayant produit une exaspération des souffrances, divers traitements ont été institués pendant les quatre dernières années. En premier lieu, une sage-femme prescrivit des frictions très rudes sur tout le corps, des injections vaginales, et fit des cautérisations sur le museau de tanche avec la pierre infernale. Puis, un médecin de la ville habitée par la malade reprit les cautérisations avec le même caustique, et appliqua sur le col utérin, tous les deux jours, au moyen d'un tampon de coton, une pommade grise, dont la malade ne put me fournir la formule. Ce traitement fut suivi d'une amélioration, mais non de la guérison. L'iodure de potassium a été administré pendant trois mois, mais n'a eu d'autre effet qu'une diminution de volume des mamelles. Plus tard enfin, la malade a été soumise aux bains froids de cinq minutes de durée, puis à un traitement hydrothérapique régulier pendant quatre mois en 1855.

Au mois d'avril 1856, la malade m'a donné sur son état les renseignements suivants : les douleurs indiquées ci-dessus se prolongent dans les cuisses et jusque dans les jambes, surtout à gauche. Elles sont plus vives la nuit que le jour. Toutes les nuits, de onze à trois heures,

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 avril.

poussée par les maux de reins, la malade se retourne, s'agite jusqu'à épuisement de ses forces. Le matin, il lui reste des lassitudes, de la courbature. Il y a six mois, à ces souffrances, il s'est joint, dans la matrice, dit-elle, des élancements qu'elle compare à des coups de couteau. Une application de sangsues les a rendus plus intenses. Sommeil incomplet, maux d'estomac, vomissements, alternatives de constipation et de diarrhée, langue blanche. Spasmes empêchant fréquemment la respiration d'être complète. Céphalalgie continuelle; chaleur sur le sommet de la tête. Perte des forces. Les mains ont moins d'énergie pour serrer. La malade chancelle sur ses jambes, et voudrait être toujours couchée. Elle croit que sa peau a perdu un peu de sa sensibilité. Auparavant si vive, elle est devenue apathique. Rien du côté de la circulation. L'amaigrissement n'est appréciable que depuis deux mois. La malade remarque que sa santé générale est moins mauvaise au bord de la mer; mais les bains de mer exaspèrent les symptômes qui peuvent être rapportés directement à l'état morbide de la matrice.

Examen. — Le col utérin, volumineux, mollasse, saignant facilement, laissant largement pénétrer le doigt dans sa cavité, douloureux à la pression, légèrement granuleux, mais sans ulcérations, ni érosions, remplissait une grande partie de la moitié inférieure du vagin. La première introduction du spéculum a été très douloureuse.

Traitement. — Première cautérisation avec le caustique Filhos, le 17 avril 1856. Le caustique fut appliqué en plein sur le centre du museau de tanche. Cette application causa une souffrance locale asez vive, mais de peu de durée. En très peu de temps, toute la portion visible du museau de tanche s'infiltra, pour ainsi dire, de caustique à la manière d'une éponge et prit une coloration brune foncée. En même temps, de toute cette surface, on vit sourdre de grosses gouttes de sang, qui se rassemblèrent dans l'extrémité interne du spéculum et la remplirent. Cette hémorrhagie dura quelques minutes, et fut tarie par l'application de plusieurs tampons de coton. La malade fut mise au repos. Régime et traitement général toniques.

Le 22 avril. — Depuis la première cautérisation, il s'écoule une sanie d'abord rougeâtre, puis puriforme. L'introduction du spéculum est encore douloureuse. Le col a diminué de volume; il est moins mou. Le lieu de la première cautérisation est marqué par une ulcération superficielle, légèrement granuleuse. Deuxième cautérisation plus prolongée que la première, attendu que l'hémorrhagie locale ne se reproduit point.

Une troisième et une quatrième cautérisations ont été faites le 29 mai et le 7 juin. Vers la fin de ce dernier mois, après la chute de l'eschare, la malade a quitté Paris. Le col utérin était revenu à un état presque normal sous le rapport du volume et de la consistance, et ne présentait ni abaissement notable, ni déviation anormale. L'ulcération produite par la dernière cautérisation était très visible. Sous l'influence de ce traitement local et des moyens internes toniques prescrits, les troubles fonctionnels énumérés plus haut s'étaient amendés rapidement. Trois mois plus tard, le 8 septembre 1856, Madame G..., me rendant compte de l'état de sa santé, m'écrivait une lettre, dont j'extrais les phrases suivantes, en leur laissant leur expression naïve : « ... Mon mari désirerait que j'eusse encore une consultation de vous, par précaution pour l'avenir, car aujourd'hui je puis vous dire hardiment que je suis *parfaitement* portante. Je me lève chaque jour à cinq heures et demie du matin; je suis à mon magasin à six heures et demie; je ne me couche qu'à dix heures et demie; et malgré tout cela, je m'étonne moi-même.... Je me plaignais sans cesse de l'estomac, et je mangeais à peine. Aujourd'hui, je *dévore*, c'est le mot.... Mes nuits sont incroyables de bon sommeil et de repos.... »

REMARQUES. — L'observation qu'on vient de lire pourrait donner lieu à d'intéressantes considérations sur l'étiologie et la symptomatologie de la maladie qui nous occupe. Mais ces considérations seraient en dehors de mon sujet, qui est spécialement le traitement de l'engorgement du col utérin par l'application locale du caustique Filhos. L'effet de cette application, sur le col malade, dans cette observation, doit être remarqué. Ce col était mollasse et saignant. Le caustique a produit sur son tissu sans résistance une eschare presque diffluente, et une hémorrhagie assez abondante. Puis, à la suite d'un écoulement sanieux et puriforme, le col malade a diminué rapidement de volume, en même temps qu'il reprenait sa consistance normale.

On peut mettre en parallèle, d'une part, l'inutilité des traitements employés pendant quatre ans sans résultats réels et dans lesquels les applications du crayon de nitrate d'argent avaient eu le principal rôle, et d'autre part, la guérison relativement rapide obtenue par les cautérisations au moyen du caustique Filhos.

A suivre.

CLINIQUE MÉDICALE

RAPPORTS DES COLIQUES HÉPATIQUES AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT (1),

Par le docteur CYR, médecin-inspecteur adjoint à Vichy.

En recherchant l'étiologie ou la pathogénie des nombreux cas de lithiase biliaire que les conditions particulières de notre pratique nous mettaient à même d'observer, nous remarquâmes tout d'abord que plusieurs fois, et sans qu'il y eût d'autre cause bien manifeste, cette affection était survenue peu de temps après l'accouchement chez des femmes qui n'avaient pas nourri. Nous vîmes dans ce fait une confirmation de ce rapport pathogénique émis déjà depuis longtemps entre la suppression d'une sécrétion dont la matière grasse forme environ le vingtième et la manifestation d'une maladie où l'excès de cholestérine joue un rôle important : il y avait là comme une sorte de métastase graisseuse qui était bien de nature à séduire l'esprit, car elle semblait donner pleine satisfaction à la théorie et à la pratique. C'est précisément en cherchant à confirmer ces vues par de nouveaux faits que nous avons été amené à une opinion toute différente, ainsi que cela arrive souvent quand on n'a d'autre parti pris que celui de rechercher la vérité.

En effet, nous ne tardâmes pas à rencontrer, surtout dans la pratique hospitalière, nombre de cas de lithiase biliaire où ce rapport pathogénique faisait complètement défaut, mais dans lesquels figurait un autre élément pathogénique, commun également aux faits de suppression de la lactation, c'est-à-dire la gestation. Nous nous demandâmes alors si ce dernier facteur n'était pas beaucoup plus important au point de vue pathogénique que le précédent, et s'il ne devait pas être rangé parmi les causes prédisposantes ou déterminantes les plus sérieuses de l'affection calculeuse du foie.

La suite de nos recherches sur ce point nous a confirmé dans cette idée, et tel est le sujet du travail que nous avons l'honneur de vous soumettre.

Avant d'aller plus loin, nous devons déclarer que la question des rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement n'est pas absolument nouvelle; mais on peut dire du moins qu'elle a été jusqu'ici peu étudiée. La plupart des ouvrages généraux de pathologie sont muets sur cette question, de même du reste que les traités d'obstétrique, dans lesquels une large place est toujours faite aux accidents pathologiques de la grossesse et aux suites de couche. Quant aux auteurs qui ont écrit plus spécialement sur les maladies du foie ou sur la lithiase biliaire, sauf M. Durand-Fardel, qui admet formellement l'influence de la grossesse comme cause prédisposante et M. Willemin, qui consacre à ce sujet quelques pages de son livre sur les coliques hépatiques, avec une dizaine d'observations à l'appui, ils ne nous fournissent pas non plus de renseignements, ou tellement vagues qu'ils n'ont pas grande importance. Nous devons enfin rappeler que, l'an dernier, notre savant collègue M. Huchard a publié dans l'UNION MÉDICALE (18 et 25 avril 1882) un article dans lequel il rapportait trois observations personnelles et plusieurs autres qui lui avaient été communiqués par différents confrères et par nous-même.

Il nous a donc semblé que de nouvelles observations n'étaient pas inutiles pour mieux établir un fait encore aussi peu connu ou aussi peu vulgarisé que celui des rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement. Nous aurions pu emprunter aux auteurs divers cas isolés où on trouverait ce rapport manifeste bien qu'il n'y ait pas été spécialement signalé : Murchison, Fauconneau-Dufresne, Frerichs, Thudichum, Th. Cole, Bax (de Corbie) et autres nous en auraient fourni un certain nombre; mais nous avons pensé que les faits observés par nous formaient un contingent assez sérieux pour pouvoir nous passer de cet appoint.

En réalité, ce ne sont que des faits que nous apportons, mais en nombre suffisant, ce nous semble, pour pouvoir en tirer un enseignement. Quant à en rechercher

(1) Lu à la Société médico-pratique, séance du 28 mars 1883.

l'explication, nous ne prétendons pas qu'il serait oiseux de le faire, nous le tenterons même; mais c'est là, pour le moment, un point secondaire et sur lequel nous n'avons pas l'intention d'insister outre mesure.

Voici d'abord les faits, tous rapportés on ne peut plus sommairement et en n'y laissant que ce qui se rapportait au sujet, de manière à ne pas lasser trop vite l'attention, soumise déjà à une assez rude épreuve par le résumé d'une cinquantaine de cas.

Hôpital thermal de Vichy.

Obs. I. — Salle Sainte-Clotilde, n° 4, juin 1880. — Début de la maladie trois semaines après son premier accouchement; elle nourrissait. Pas de crampes d'estomac auparavant. Diarrhée habituelle antérieure, sauf pendant la grossesse et les deux premières semaines après l'accouchement.

Obs. II. — Salle Sainte-Clotilde, n° 8, juin 1880. — Forte crise un mois et demi après son accouchement. Crises antérieurement à la grossesse, pendant laquelle la malade n'en a aucune. Elle a nourri.

Obs. III. — Salle Sainte-Clotilde, n° 5, juin 1880. — A eu sa première crise peu de temps après son premier accouchement; elle nourrissait.

Obs. IV. — Salle Sainte-Anne, n° 16, juillet 1881. — A eu sa première crise hépatique huit jours après son premier et unique accouchement; elle avait eu auparavant des crampes d'estomac.

Obs. V. — Salle Sainte-Anne, n° 10, juillet 1881 (malade évacuée du service du professeur Laboulbène). — Début de ses crises dix jours après son neuvième accouchement. Elle a nourri tous ses enfants.

Obs. VI. — Salle Sainte-Anne, n° 16, juin 1881. — Première crise deux jours après l'accouchement; mais elle a éprouvé une vive frayeur.

Obs. VII. — Malade externe, n° 9, juin 1881. — Première crise immédiatement après son cinquième accouchement; prodromes pendant la grossesse. Quatre enfants nourris à un an e demi ou deux ans d'intervalle; le cinquième n'a pu être nourri que peu de temps, faute de lait.

Obs. VIII. — Malade externe, n° 1, juin 1881. — Début de la maladie le lendemain de son premier accouchement. Pas de crise pendant la deuxième grossesse, mais crise le lendemain du deuxième accouchement, vingt-deux mois après le premier. C'est à partir de ce moment que les crises ont augmenté de fréquence.

Obs. IX. — Malade externe, n° 10, juin 1881. — Crampes d'estomac et légères douleurs hépatiques étant enceinte; première crise peu de temps avant le cinquième accouchement, puis calme relatif pendant deux ans et demi. Deuxième crise quinze jours avant le huitième et dernier accouchement; les crises ont continué après.

Obs. X. — Salle Sainte-Anne, n° 2, mai 1881. — Crises gastralgiques antérieures consécutivement à une fausse couche. Première crise hépatique pendant sa première grossesse menée à terme.

Obs. XI. — Salle Sainte-Anne, n° 6, juin 1881. — Première crise pendant les premières douleurs de son septième accouchement.

Obs. XII. — Malade externe, n° 3, juin 1881. — Première crise sept mois après son premier accouchement; elle nourrissait.

Obs. XIII. — Salle Sainte-Clotilde, n° 11, juin 1881. — Première crise six mois après son premier accouchement; elle nourrissait. Amélioration considérable, puis rechute trois semaines après son second accouchement; elle nourrissait de nouveau.

Obs. XIV. — Salle Sainte-Clotilde, n° 3, juillet 1881. — A nourri cinq enfants en onze ans. C'est pendant une lactation prolongée (nourrisson après avoir nourri déjà son enfant) que la maladie a débuté.

Obs. XV. — Salle Sainte-Anne, n° 7, septembre 1880. — Début de la maladie cinq à six semaines après une fausse couche à six mois.

Obs. XVI. — Salle Sainte-Anne, n° 9, mai 1881. — Première crise le lendemain d'un accouchement gémellaire.

Obs. XVII. — Malade externe, n° 6, septembre 1880. — Première crise de colique hépatique huit jours après son accouchement; elle ne nourrissait pas.

Obs. XVIII. — Salle Sainte-Anne, n° 19, août-septembre 1870. — Première crise dix jours après son premier accouchement; elle nourrissait. Crampes d'estomac auparavant

Obs. XIX. — Salle Sainte-Anne, n° 9, juillet-août 1880. Malade évacuée du service de M. M. Raynaud. — Début de la maladie trois semaines après son accouchement. Elle ne nourrissait pas.

Obs. XX. — Salle Sainte-Rosalie, n° 2, juin 1882. — Début de la maladie quatre mois après son troisième accouchement; a nourri ses deux premiers enfants et le troisième jusqu'à sept mois.

Obs. XXI. — Salle Sainte-Anne, n° 19, juin 1882. — Premières douleurs hépatiques quatre à cinq semaines avant son premier accouchement. A nourri son enfant pendant cinq semaines seulement, empêchée de continuer par abcès du sein. Aggravation lente à sa deuxième grossesse et après le second accouchement.

Obs. XXII. — Salle Sainte-Clotilde, n° 2, juin 1882. — Première crise deux à trois mois après son premier accouchement; elle nourrissait.

Obs. XXIII. — Salle Sainte-Anne, n° 14, juillet-août 1882. — Première crise au troisième mois de la première grossesse. Toujours souffrante jusqu'à un mois après son accouchement.

Obs. XXIV. — Salle Sainte-Rosalie, n° 8, juillet-août 1882. — Premières douleurs hépatiques au sixième mois de sa neuvième grossesse. Elle a nourri tous ses enfants et plusieurs nourrissons. La première véritable crise eut lieu trois mois après l'accouchement.

Obs. XXV. — Salle Sainte-Anne, n° 4, août-septembre 1882. — A eu quinze enfants; n'en a nourri aucun. La dernière grossesse a été gémellaire. C'est au quatrième mois de cette grossesse qu'ont commencé les premières douleurs hépatiques, bientôt suivies d'un ictère qui a déterminé l'accouchement à sept mois. Chagrins antérieurs à la grossesse, mais jamais de douleurs hépatiques avant le quatrième mois de cette grossesse.

Obs. XXVI. — Salle Sainte-Anne, n° 8, août-septembre 1882. — C'est deux mois et demi à trois mois après son deuxième accouchement que se sont déclarées les premières douleurs hépatiques. Les douleurs ont ainsi persisté au creux épigastrique, à l'hypochondre droit et en arrière, très fréquentes, mais d'intensité médiocre. La première forte crise n'a eu lieu que quatre ans après le début de ces douleurs et a été suivie d'ictère.

Obs. XXVII. — Salle Sainte-Anne, n° 9, août-septembre 1882. — Huit enfants en dix-sept ans; six seulement arrivés à terme, tous nourris. C'est trois jours après le quatrième accouchement que la malade a commencé à ressentir ses premières crises hépatiques qu'on prit pour une maladie de matrice. Sept semaines après l'accouchement, première jaunisse. Les crises ont disparu pendant la septième grossesse et reparu après l'accouchement.

Obs. XXVIII. — Salle Sainte-Clotilde, n° 10, août-septembre 1882. — Début de la maladie deux mois après son quatrième accouchement. Déjà pendant cette grossesse, douleurs d'estomac. Nourri ses quatre enfants, plus deux nourrisons.

Obs, XXIX. — Salle Sainte-Clotilde, n° 11, août-septembre 1882. — Cinq accouchements : le premier à 18 ans, le deuxième à 19, ce dernier gémellaire. A nourri le premier enfant et celui des deux jumeaux qui a survécu. Première crise trois mois environ après le deuxième accouchement. Cette grossesse avait été particulièrement fatigante. Les troisième, quatrième et cinquième couches n'ont pas pas aggravé la maladie.

Obs. XXX. — Salle Sainte-Clotide, n° 12, août-septembre 1882. — Première crise un mois après le sixième accouchement. Il est vrai que la malade avait eu de nombreuses frayeurs; elle se trouvait à Metz pendant la guerre de 1870. Amélioration pendant les autres grossesses et aggravation après l'accouchement.

Obs. XXXI. — Salle Sainte-Rosalie, n° 1, août-septembre 1882. — Début de la maladie à la suite d'une fausse couche à six mois, survenue après quatre mois de pertes. Crises toutes les trois semaines, ictère chronique, etc.

Obs. XXXII. — Salle Sainte-Rosalie, n° 3, août-septembre 1882. — Début de la maladie du cinquième au sixième mois de la première grossesse. Le mal a augmenté à mesure que la grossesse avançait. Amélioration après l'accouchement. Retour des crises dès le début de la deuxième grossesse. Père de la malade atteint de coliques hépatiques, frère très bien portant.

Obs. XXXIII. — Salle Sainte-Rosalie, n° 7, août-septembre 1882. — Immédiatement après son cinquième et dernier accouchement, grande fatigue d'estomac qui est allée en augmentant et a fini par aboutir au bout de onze mois à une crise de colique hépatique qui a duré sept jours. A nourri tous ses enfants.

Obs. XXXIV. — Salle Sainte-Rosalie, n° 9, août-septembre 1882. — Trois accouchements; ne peut préciser le début de sa maladie, mais a parfaitement remarqué que son *estomac* ne lui fait mal que depuis ses couches.

Obs. XXXV. — Salle Sainte-Rosalie, n° 10 août-septembre 1882. — Cinq enfants en huit ans, tous nourris. Première crise au septième mois de la première grossesse, rapidement suivie de jaunisse qui ne s'est passée qu'après l'accouchement. Rien à la deuxième grossesse. A la troisième, retour des douleurs. Pendant la quatrième, crise tous les deux jours. Crises reparaissant à la cinquième grossesse, mais moins fortes qu'auparavant (la malade a fait une cure à Vichy entre la quatrième et la cinquième grossesse).

Obs. XXXVI. — Salle Sainte-Anne, n° 16, septembre 1882. — Début de la maladie au huitième mois de la première grossesse. Deuxième crise trois semaines après son accouchement, crise très intense durant de trois à huit jours. Pas de douleurs pendant la deuxième grossesse, mais rechute neuf mois après l'aecouchement.

Obs. XXXVII. — Salle Sainte-Anne, n° 18, septembre 1882. — Début trois semaines après son premier accouchement. Jaunisse au bout de deux mois. Rechute à la deuxième couche, près de six ans après la première. Antérieurement à son premier accouchement, cette malade avait ressenti plus d'une fofs des malaises à l'estomac, mais pas de crise. Arthritisme chez la mère.

Obs. XXXVIII. — Salle Sainte-Anne, n° 21, septembre 1882. — Il y a trois ans, deux ou trois mois après une fièvre typhoïde, crise très légère. Premier et unique accouchement il y a quatorze mois. C'est environ quatre mois après et nourrissant dans une maison bourgeoise, qu'a éclaté la première forte crise.

Obs. XXXIX. — Salle Sainte-Clotilde, n° 3, septembre 1882. — Début de la maladie quinze jours après son deuxième accouchement, crise favorisée par frayeur et refroidissement. Jaunisse du septième au huitième mois de la troisième grossesse. Les renseignements ne sont pas donnés avec assez de netteté.

Obs. XL. — Malade externe, septembre 1882. — Première crise hépatique trois mois après son neuvième accouchement, suivie de jaunisse, etc. C'est après le troisième accouchement et pendant qu'elle nourrissait que les premières crampes d'estomac ont paru.

Obs. XLI. — Salle Sainte-Rosalie, n° 4, septembre 1882. — Malade depuis le troisième mois après son second accouchement. Début très brusque; elle était en train de donner le sein; elle n'avait pas nourri son premier enfant et n'en a pas nourri d'autre après le deuxième. Les crises se sont très atténuées, puis ont de nouveau augmenté dès la troisième grossesse, ainsi qu'aux grossesses suivantes, six en tout.

Obs. XLII. — Mme G..., de Paris, juin 1882. — 36 ans, santé magnifique. Premier accouchement il y a dix ans. Un mois après, première crise avec jaunisse assez intense, mais passagère. Jamais de crampes d'estomac. Deuxieme accouchement deux ans après; pas de crise. Troisième sccouchement il y a trois ans; pas de crise à la suite. Il y a deux mois et demi, crise assez subite sans cause apparente. Pas d'antécédents héréditaires. Depuis sa première crise, cette dame qui est très intelligente et se soigne très bien, a adopté un régime alimentaire très rafraîchissant et a beaucoup d'activité. En un mot, excellente hygiène. C'est peut-être à cette circonstanee qu'est due l'innocuité des autres grossesses au point de vue des crises. Mme G.., a nourri tous ses enfants.

Obs. XLIII. — Mme F..., 24 ans. — Accouchement normal en octobre 1880. Six mois après, nouvelle grossesse; mais cette fois, craignant une fausse couche, la malade se condamne à un repos presque absolu, ne quittant guère sa chaise longue. A la septième semaine de cette grossesse, à la suite d'une contrariété, première crise hépatique suivie d'ictère passager. Pas de crampes d'estomac auparavant. Antécédents hépatiques du côté d'un oncle, mais assez vagues.

Obs. XLIV. — Mme R..., de Marseille, 27 ans. — A eu sa première crise hépatique trois jours après son deuxième accouchement. On la traita pour une péritonite. Pas de crampes auparavant.

Obs. XLV. — Mme R..., de Montevidéo, 31 ans. — Première fausse couche il y a dix ans

et à cinq mois; deuxième fausse couche deux ans après et encore à cinq mois ; trois ou quatre jours après, début des douleurs hépatiques que le médecin prend pour des coliques de matrice. Troisième fausse couche encore deux ans plus tard et à six semaines. Pas de crise consécutive. Quatrième fausse couche il y a quatre ans et à quatre mois; crise quelques jours après. Cinquième fausse couche il y a six mois, à six ou huit semaines; violente crise hépatique, avec ictère, immédiatement après.

Obs. XLVI. — Mme O..., de Nimes, 29 ans. — Pas d'accidents hépatiques pendant aucune de ses grossesses; mais vingt jours après le deuxième accouchement, début des crises, d'abord espacées et courtes, mais augmentant d'intensité et de fréquence après le troisième accouchement et après le quatrième. Mme O. n'a pas nourri. L'ictère n'est survenu qu'après le quatrième accouchement.

Obs. XLVII. — Mme de la B..., de Paris, 24 ans. — Excellente santé. Crise violente du septième au huitième mois de la grossesse. Jamais de crampes d'estomac antérieurement. On crut tout d'abord à un accouchement prématuré et on se prépara précipitamment à cet évènement. Le médecin reconnut la crise. Cure à Vichy quatre mois après l'accouchement et bien que nourrissant.

Obs. XLVIII. — Mme M..., de Paris, 30 ans. — Femme forte et robuste, mais sans embonpoint exagéré. Première crise dix-sept jours après son second accouchement, bien que nourrissant. Elle n'avait pas nourri le premier enfant à cause d'abcès aux seins.

Obs. XLIX. — Mme P..., d'Epernay, 32 ans. — Les crises ont débuté quinze jours environ après son premier accouchement. Mme P... avait essayé de nourrir, mais avait été forcée d'y renoncer au bout de quelques jours. Amélioration au bout de quelques mois et disparition apparente des crises qui reparaissent quelques jours après le deuxième accouchement.

Obs. L. — Mme M..., de Paris, 27 ans. — Hépatique de bonne heure, sujette étant jeune fille à des vomissements bilieux fréquents. Père mort d'une affection du foie. Première crise quinze jours après son troisième accouchement. Un agrégé d'accouchement qui lui donnait des soins n'a su que penser à la première visite et un médecin des hôpitaux consulté au même moment penchait pour une métrite ou une périmétrite, lorsque, le lendemain, l'absence de fièvre mit sur la voie du diagnostic.

Obs. LI. — Mme M..., 26 ans, venue à Vichy eu 1881. A eu sa première crise franche de colique hépatique dix mois après son premier accouchement; elle fait sa saison de Vichy trois ou quatre ans après. Elle devait venir faire une seconde saison en 1882, mais elle en a été empêchée par une seconde grossesse; elle se trouvait du reste assez bien à la suite de sa première saison. Mais trois jours après ce second accouchement, elle a été prise d'une nouvelle crise de colique hépatique acccompagnée d'ictère.

(La fin à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE MÉDICALE

DES RAPPORTS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE AVEC LA SYPHILIS;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 25 novembre 1882,

Par M. le docteur F. de Ranse.

La question des rapports de la syphilis avec les affections médullaires, en particulier avec l'ataxie locomotrice, est plus que jamais à l'ordre du jour, depuis la publication de l'important ouvrage de M. Fournier, et nous devons remercier notre collègue, M. Abadie, de l'avoir portée devant notre Société. Si j'interviens, dès le début, dans la discussion, c'est qu'à mon avis cette question est généralement mal posée; or, toute question mal posée est d'une solution difficile; les opinions contradictoires, au lieu de se heurter de front et de faire jaillir la lumière, semblent tourner autour les unes des autres ou suivre des voies divergentes, et n'ont ainsi aucune chance de se rencontrer.

Il importe, avant tout, et c'est ce qu'ont négligé la plupart des auteurs, de bien définir les relations qui peuvent exister entre la syphilis et l'ataxie locomotrice. On ne se garde pas assez en médecine du sophisme : *cum hoc*, ou *post hoc*, *ergo propter hoc*. Des phénomènes tabétiques se développent chez un sujet qui a eu la syphilis : on en conclut immédiatement que ces phénomènes sont d'origine ou de nature syphilitique. Voilà deux expressions, *origine* et *nature*, que l'on confond trop souvent, et dont la distinction, dans l'espèce, est d'une haute

importance. L'origine est la cause plus ou moins immédiate et la nature l'essence même, la condition propre d'un processus morbide. Je ne dis pas que la première ne puisse agir sur la seconde pour la modifier dans une certaine mesure et lui imprimer une caractère particulier, mais il est contraire à une saine logique d'identifier ces deux termes et de les substituer indifféremment l'un à l'autre. Une pneumonie de cause ou d'origine traumatique pourra présenter dans son évolution quelques différences avec la pneumonie *à frigore*, et le praticien en devra tenir compte ; mais la nature phlegmasique est la même de part et d'autre.

Prenons un autre exemple qui nous rapprochera de notre sujet. Les myélites par compression sont assez fréquentes et les causes qui amènent la compression, puis l'altération de la moelle sont diverses : ici c'est un traumatisme, là un mal de Pott, ailleurs une exostose syphilitique, plus loin une production cancéreuse, etc. ; dans tous ces cas le processus de la myélite reste le même et il ne vient à l'idée de personne de distinguer des myélites par compression, de *nature* traumatique, tuberculeuse, syphilitique, cancéreuse, etc. Eh bien, de même l'ataxie locomotrice peut être d'origine syphilitique, sans être de nature syphilitique.

Le tabes, chacun le sait, est tantôt primitif, tantôt secondaire. La plupart de ceux qui admettent un tabes syphilitique semblent oublier cette origine deutéropathique de la maladie et c'est là la cause principale des malendus et des erreurs. On peut observer des accidents tabétiques consécutivement aux différentes affections ou lésions de la moelle ; ils se produisent toutes les fois que le processus morbide atteint les bandelettes externes des cordons postérieurs. Dans les cas de compression de la moelle, de myélite diffuse, les bandelettes externes peuvent être directement intéressées, comme toutes les autres régions de la moelle, au siège même de la lésion ; mais elles le sont aussi parfois plus ou moins loin de la lésion primitive par l'extension à leur propre tissu de la sclérose descendante des cordons latéraux ou de la sclérose ascendante des cordons de Goll. C'est ainsi qu'on peut observer des accidents tabétiques dans les membres inférieurs à la suite de lésions cérébrales déterminant une sclérose descendante, et dans les membres supérieurs consécutivement à une lésion située à la partie inférieure de la moelle épinière.

Sans doute, ces accidents ne présentent pas ou présentent rarement l'ensemble symptomatique de l'ataxie locomotrice primitive. Mais celle-ci est loin aussi d'offrir toujours réunis les différents symptômes dont le cortège ou la succession la caractérise. Les formes frustes sont fréquentes ; je dirai même qu'elles sont en quelque sorte obligatoires ; car, dans sa longue et lente évolution, l'ataxie locomotrice parcourt différentes phases auxquelles correspondent telles lésions, tels symptômes, et ce n'est, par conséquent, qu'à un terme avancé de cette évolution que la symptomatologie peut être complète.

Mais, je vais plus loin : ces phénomènes tabétiques, que l'on rencontre dans certaines affections de la moelle ou du cerveau, ne sont pas toujours aussi accidentels et ne restent pas aussi circonscrits que je le supposais plus haut. Si, en effet, la lésion secondaire des bandelettes externes dont ils sont l'expression reste souvent limitée, elle peut aussi gagner du terrain, s'étendre à une partie plus ou moins grande de ces faisceaux, reproduire en un mot les altérations qu'ils présentent dans l'ataxie primitive, et dès lors on assiste à l'évolution d'une ataxie secondaire dont la symptomatologie ne saurait différer de celle du tabes protopathique.

En résumé, on doit distinguer :

1° Une ataxie locomotrice primitive ;

2° Une ataxie locomotrice secondaire à évolution en tout semblable à celle de la première ;

3° Des phénomènes tabétiques, symptomatiques d'autres affections ou lésions des centres nerveux, variables comme expression, intensité, durée, mais n'évoluant pas suivant le type de l'ataxie locomotrice progressive.

Cela posé, quand on étudie les rapports de l'ataxie locomotrice avec la syphilis, il faut se demander :

1° Si la syphilis peut donner d'emblée naissance à l'ataxie primitive, au même titre qu'elle produit une gomme ou un syphilome ;

2° Si elle donne lieu à une ataxie secondaire offrant d'ailleurs dans son évolution le type classique ;

3° Si elle ne produit que de simples phénomènes tabétiques dus à une lésion accidentelle et limitée des bandelettes externes.

Je dirai de suite, pour justifier la distinction établie plus haut entre les termes nature et origine, que dans le premier de ces trois cas seul on serait autorisé à considérer l'ataxie comme de *nature spécifique*. Dans les deux autres, la cause spécifique a agi, mais les phénomènes et les lésions qui se déroulent consécutivement sont d'ordre ou de nature vulgaire. En un mot, s'il y a une ataxie syphilitique, cette épithète ne convient qu'à l'ataxie primitive.

En exposant cette manière de voir, je ne fais qu'appliquer à la moelle ce que M. Fournier

a établi pour le cerveau. Suivant lui, en effet, les lésions cérébrales de la syphilis sont de deux ordres : 1° primitives et spécifiques; 2° consécutives et vulgaires (1). Le cerveau est affecté bien plus souvent secondairement que primitivement; « donc, dit-il, les lésions cérébrales proprement dites sont bien plus fréquemment d'ordre vulgaire que d'ordre spécifique. »

En est-il différemment pour la moelle? C'est ce que je vais examiner.

Suivant les anatomo-pathologistes, les lésions syphilitiques de la moelle, sur lesquelles, par parenthèses, les documents ne sont pas très nombreux, sont les unes diffuses (méningite, sclérose médullaire diffuse), les autres circonscrites (gommes, nodules, syphilomes des méninges ou de la moelle). Dans les faits les mieux observés, on note des syphilomes des méninges (Rosenthal), des gommes (Mac-Dowel, Wagner, Hale), une myélite diffuse (Moxon, Lancereaux), des foyers disséminés dans la moelle et la cerveau (Charcot et Gombault), une induration diffuse de la moelle (Caizergues), etc. Dans la plupart de ces cas, sinon dans tous, l'autopsie a révélé soit dans les centres nerveux, soit dans d'autres parties de l'organisme, des lésions multiples ne laissant aucun doute sur leur nature syphilitique.

Il est facile de comprendre que les lésions qui précèdent aient atteint, dans certains cas, les bandelettes externes de cordons postérieurs et que les malades aient ainsi présenté des symptômes tabétiques. On peut admettre aussi que, une fois ces bandelettes frappées de sclérose dans un point plus ou moins limité, le processus morbide, sous l'influence d'une prédisposition particulière, se soit étendu le long des faisceaux postérieurs d'une manière analogue à la sclérose descendante dans les cordons latéraux, ou à la sclérose ascendante dans les cordons de Goll. Mais, en pareil cas, la lésion syphilitique primitive n'a été que la cause occasionnelle, le *primum movens* du processus scléreux; celui-ci reste d'ordre vulgaire et l'on assiste, en définitive, au développement d'une ataxie locomotrice banale. Ainsi se trouvent justifiés et expliqués, de par l'anatomie pathologique, l'ataxie locomotrice progressive secondaire et les phénomènes tabétiques accidentels qu'on peut observer à la suite de lésions syphilitiques de la moelle.

Une pareille justification fait défaut en ce qui concerne l'ataxie locomotrice primitive. Dans les faits que j'ai mentionnés, la sclérose fasciculée des cordons postérieurs ne figure pas au nombre des lésions primitives que l'autopsie a révélées comme de nature essentiellement spécifique; d'un autre côté, si l'on parcourt les observations d'ataxie locomotrice suivies de nécropsie, on ne trouve pas, ou l'on ne trouve qu'exceptionnellement des lésions spécifiques associées à la sclérose fasciculée des bandelettes externes. Cette sorte d'exclusion des deux ordres de lésions à l'égard les unes des autres constitue déjà une présomption à l'encontre de la spécificité de la lésion tabétique. Mais ce n'est pas tout, et la présomption s'accroît et se confirme si l'on considère les divergences qui existent dans la marche des deux processus. La syphilis médullaire est diffuse ou circonscrite; la sclérose tabétique est fasciculée. La syphilis médullaire atteint primitivement les éléments connectifs, elle est interstitielle; la sclérose tabétique atteint primitivement les éléments nerveux, elle est parenchymateuse. Ce sont là des différences capitales qui établissent une ligne profonde de démarcation entre la syphilis médullaire et l'ataxie primitive, et sur laquelle les partisans de la spécificité de cette ataxie me semblent passer trop légèrement; ils sentent d'ailleurs leur faiblesse sur ce terrain de l'anatomie pathologique, aussi appellent-ils leurs adversaires sur celui de la clinique. Nous allons les y suivre.

Il est bon tout d'abord de faire remarquer que les auteurs qui admettent des relations plus ou moins étroites de cause à effet entre la syphilis et l'ataxie locomotrice, comprennent différemment la nature de ces relations. Beaucoup d'entre eux n'attribuent à la syphilis que le rôle d'une cause prédisposante. Suivant Hammond, elle n'agirait que comme cause débilitante. C'est aussi l'opinion de Rosenthal, qui n'attribue qu'une influence banale à la syphilis en disant que l'ataxie peut s'observer après cette maladie, comme après les fièvres typhoïdes graves, les accouchements répétés, les allaitements prolongés, etc., en un mot, dans tous les états où l'organisme est débilité. M. Vulpian déclare qu'il est impossible d'établir le mode de filiation entre l'ataxie et la syphilis. Il faut admettre, selon lui, une prédisposition spéciale chez les ataxiques, même à la suite des causes les moins contestables, comme la syphilis. On s'expliquerait ainsi la rareté relative de l'ataxie chez les syphilitiques. M. Grasset, à la suite de M. Fournier, admet des myélites syphilitiques systématisées, au même titre que les lésions médullaires diffuses ou circonscrites, tout en reconnaissant qu'elles sont plutôt démontrées par la clinique que par l'anatomie pathologique. M. Fournier, accentuant plus nettement le

(1) Alfred Fournier. *La syphilis du cerveau.*

corps de doctrine qu'il a conçu et qu'il défend avec tant de talent, dit enfin que la syphilis détermine l'ataxie par elle-même et que « pour l'immense majorité des cas, l'ataxie locomotrice constitue une manifestation de provenance et de nature syphilitiques. »

La pierre angulaire de cette doctrine, à défaut de l'anatomie pathologique dont les enseignements, comme on vient de le voir, lui sont contraires, c'est la statistique. M. Fournier, faisant un relevé général de différentes statistiques relatives à la fréquence des antécédents syphilitiques dans l'ataxie locomotrice, arrive à ce résultat que, sur 100 ataxiques, 80 ont eu antérieurement la syphilis. De ce rapport de fréquence, il conclut à une relation de cause à effet.

Je ne veux pas incriminer les statistiques sur lesquelles s'appuie M. Fournier; je dirai seulement qu'on pourra sans doute en établir d'autres qui conduiront à des conclusions opposées. Bon nombre d'ataxiques passent tous les ans sous mes yeux. Je n'ai pas relevé leurs antécédents d'une manière assez précise pour produire des chiffres; je puis dire toutefois que j'ai été impressionné par la rareté relative des antécédents syphilitiques. Mais ce n'est là qu'un souvenir, et il faut se méfier de ce qui se traduit par une simple impression. N'est-ce pas un sentiment de ce genre qui a fait dire à M. Vulpian que la syphilis se rencontre quinze fois sur vingt dans les antécédents des ataxiques, chiffre dont M. Fournier n'a pas manqué d'invoquer l'autorité? Or, si l'on parcourt les vingt observations rapportées dans le livre du savant professeur (1), on ne trouve les antécédents syphilitiques notés que quatre fois. Six de ces observations contiennent les résultats de l'autopsie: dans aucune d'elles il n'est fait mention ni d'antécédents syphilitiques, ni de lésions spécifiques.

M. Fournier explique cette absence de lésions, dans les cas de ce genre, en disant que l'ataxie locomotrice se développe dans les syphilis bénignes; et, de fait, sur 84 cas d'ataxie syphilitique ou prétendue telle, il relève 40 fois une syphilis très bénigne originairement, 10 fois une syphilis sans accident secondaire, 3 fois une syphilis méconnue du malade.

Cette bénignité extrême de la syphilis qui préluderait à l'ataxie locomotrice jette une ombre sur la valeur des statistiques invoquées. S'il suffit qu'un ataxique avoue avoir eu un chancre, sans autre accident consécutif, cinq, dix, quinze ou vingt ans avant sa maladie, pour qu'on déclare celle-ci d'origine et de nature syphilitiques, il ne sera probablement pas difficile d'augmenter encore le rapport de 80 pour 100 établi par M. Fournier. Certes il arrive souvent qu'on trouve la syphilis là où elle paraissait absente; mais avec le système qui précède, elle risquerait fort d'être absente là où on croirait la trouver.

Une autre considération vient appuyer mes réserves au sujet des conclusions de M. Fournier. Les syphilitiques sont si nombreux que, si l'ataxie locomotrice est presque toujours de nature spécifique, il y a lieu de s'étonner de la rareté relative parmi eux de cet ordre d'accident. Cette rareté a frappé M. Vulpian, et il l'explique, comme on l'a vu plus haut, par une prédisposition spéciale qui se surajouterait à l'influence syphilitique. Mais celle-ci, dès lors, ne jouerait qu'un rôle secondaire, effacé, et l'explication de M. Vulpian ne saurait convenir à la théorie de M. Fournier. Ce n'est pas seulement eu égard au nombre des syphilitiques pris en masse que l'ataxie locomotrice est rare; elle l'est encore relativement si l'on ne tient compte que des cas de syphilis des centres nerveux. Ainsi sur 270 cas de syphilis affectant les centres nerveux et relevés par M. Topinard, d'après les recherches de MM. Gros et Lancereaux, il n'est fait mention que trois fois de symptômes ou de lésions tabétiques.

De toutes ces considérations, je me crois autorisé à conclure que les statistiques invoquées par M. Fournier, malgré l'autorité qui s'attache à son nom et à ses travaux, ont besoin, pour appuyer sa doctrine, d'être confirmées par de nouvelles recherches. Il faut d'ailleurs toujours compter avec l'influence des séries: les statisticiens le savent bien. Ce n'est qu'en opérant sur des chiffres très élevés que cette cause fréquente d'erreurs disparaît.

(1) Vulpian. *Maladies de la moelle.*

A suivre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentations. — Tarsotomie. Discussion. — Élection d'un membre titulaire.

M. le Président annonce que M. Eugène Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant, assiste à la séance.

— M. PÉRIER présente, au nom de M. le docteur Mouchet (de Sens) : 1° une observation de taille sus-pubienne suivie de guérison ; 2° une note sur la réunion immédiate dans l'amputation du sein.

M. POLAILLON présente, de la part de M. le docteur Berne (de Lyon), un ouvrage en deux volumes intitulé : *Leçons de pathologie générale chirurgicale.*

— M. TRÉLAT met sous les yeux de ses collègues le moule d'un moignon d'amputation du pied pratiquée, il y a trois mois, sur un tuberculeux des plus avérés. Ce malade a été opéré successivement par M. Trélat : d'une tumeur tuberculeuse de la conjonctive, d'un abcès tuberculeux des paupières, de deux abcès du membre supérieur et du membre inférieur, d'une résection partielle de la malléole interne, enfin de l'amputation du pied. Il a parfaitement guéri de toutes ces opérations, en particulier de la dernière, qui a donné lieu à l'un des plus beaux moignons que l'on puisse voir, ainsi qu'il est facile de le constater sur le moule que présente M. Trélat. Le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri non seulement de son opération, mais encore dans un état de santé générale très florissant. Il marche à l'aide d'un appareil prothétique qui lui sert à merveille.

La réunion de la plaie d'amputation a été primitive, immédiate, totale, absolue, tellement complète qu'un lambeau de périoste ayant été conservé, il s'est produit une hyperostose sous-périostale qui s'est heureusement résolue au bout de quelque temps.

M. POZZI a opéré une tumeur blanche du genou chez un individu qui avait des craquements sous-claviculaires très manifestes. La réunion de la plaie d'amputation s'est faite par première intention, et a donné, comme résultat, un moignon magnifique, comme dans le cas de M. Trélat. Comme dans ce cas également, il est sorti de l'hôpital dans un très bel état de santé générale. Il faut ajouter toutefois que cet individu, qui avait besoin de travailler pour vivre, s'étant fatigué au travail et n'ayant d'ailleurs qu'un mauvais régime de vie, est revenu au bout de quelque temps à l'hôpital avec de nouvelles lésions osseuses tuberculeuses.

M. DESPRÈS a constaté avec ses autres collègues la beauté du moignon de l'amputé de M. Trélat; mais il voudrait que M. Trélat montrât de nouveau son malade six mois après l'opération; c'est à cette époque seulement que l'on pourra être complètement édifié sur la valeur du moignon, car c'est au bout de six mois que l'on voit souvent les moignons qui présentaient tout d'abord la plus belle apparence, devenir coniques, tandis que des moignons d'aspect chétif au début s'améliorent singulièrement avec le temps.

M. Desprès ne voudrait pas qu'à la Société de chirurgie on présentât, comme une nouveauté, des succès d'amputation chez des tuberculeux. C'est là, au contraire, un fait que l'on pourrait qualifier de banal. Déjà Velpeau en avait fait la remarque et l'on peut lire dans sa *Médecine opératoire*, un passage dans lequel ce chirurgien déclare que les opérations pratiquées chez les scrofuleux ou les tuberculeux non seulement réussissent souvent, mais encore sont suivies d'un changement avantageux de l'état général des malades.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que les tuberculeux amputés guérissent fort bien, à la condition de faire la réunion immédiate. Chez un malade atteint de tumeur blanche du pied, M. Lucas-Championnière a pratiqué l'amputation à lambeau par le procédé de M. Guyon, il a obtenu une réunion immédiate et un moignon superbe. L'opéré marche depuis lors sur son moignon sans inconvénient.

En résumé, les amputations à lambeau, chez les tuberculeux, réussissent à merveille sans donner lieu, par la suite, à des moignons coniques.

M. TRÉLAT croit devoir ajouter que c'est grâce à la réunion immédiate que l'on évite la conicité du moignon, parce qu'il ne se fait pas, dans ces conditions, de destruction du tissu conjonctif profond, cause principal des moignons coniques.

— M. Eugène BOECKEL (de Strasbourg), membre correspondant, fait une communication très intéressante sur la tarsotomie.

Cette opération, a-t-il dit, ne paraît pas jouir d'une grande faveur à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, où l'on semble généralement donner la préférence au traitement des pieds-bots par les appareils orthopédiques sur les opérations. Cependant M. Bœckel croit devoir appeler l'attention de ses collègues sur une méthode supérieure à l'orthopédie, dans le traitement de certaines variétés de pied-bot, et qui est basée sur l'anatomie pathologique de la difformité.

Cette méthode s'applique surtout aux varus équins congénitaux et non pas aux pieds-bots paralytiques, lesquels peuvent guérir par les appareils. Au point de vue clinique, les pieds-bots se divisent en pieds-bots tendineux et pieds-bots osseux. Les premiers opposent au

redressement une résistance qui peut toujours être surmontée par l'application des appareils orthopédiques combinée avec la ténotomie. Mais il n'en est pas de même des pieds-bots osseux qui offrent au redressement une résistance souvent insurmontable et ne donnent presque toujours que des résultats incomplets.

Ce qui manque toujours dans le traitement par les appareils et la ténotomie, c'est la possibilité de corriger l'équinisme, de mettre le pied à angle droit avec la jambe. La difformité la mieux redressée en apparence a toujours de la tendance à se reproduire dès que le malade se remet à marcher; si bien qu'au bout de deux ou trois mois le malade finit par marcher sur le dos du pied.

On peut, il est vrai, avec des appareils perfectionnés que les malades devront porter pendant des années, c'est-à-dire pendant dix, quinze, vingt ans et même pendant toute la vie, empêcher la reproduction de la déviation; mais chez les individus des classes pauvres habitant loin des grandes villes où de tels appareils peuvent être mis à leur disposition, la chose n'est pas possible. Le pied bot récidive fatalement et l'on voit ces malades se rendre sans succès d'hôpital en hôpital et finalement arriver à marcher sur le dos du pied, comme auparavant. Heureux encore lorsqu'il ne survient pas d'hygroma ou de mal perforant du pied!

Il y a donc des pieds bots qui résistent, quoi qu'on fasse, au traitement orthopédique; on peut les améliorer, surtout quand les sujets sont très jeunes et soumis de très bonne heure et pendant longues années à l'application des appareils, mais on ne les guérit pas.

Quel est, dans le pied bot osseux, l'os qui s'oppose au redressement du pied? On a accusé le cuboïde à cause de la saillie plus considérable qu'il fait; on l'a extirpé, mais l'on n'a pas tardé à s'apercevoir que cette opération était insuffisante. On a également proposé et pratiqué la résection cunéiforme du tarse à différentes hauteurs, mais l'amélioration obtenue par cette dernière opération n'équivaut jamais à une guérison véritable.

Le vrai coupable, c'est l'astragale vicieusement conformé, et dont la tête, au lieu d'être dirigée en avant dans l'axe de l'os, se trouve implantée latéralement à angle droit sur le corps de l'os.

Si, dans un pied bot osseux, on arrive à corriger en partie la déviation par le redressement, il faut de longues années pour fixer le pied dans cette position et l'usage habituel des appareils.

Au contraire, l'extirpation de l'astragale supprime l'obstacle principal au redressement et permet de rectifier le pied dans sa position normale, résultat bien supérieur à celui que donne l'orthopédie seule ou combinée avec le redressement forcé.

Après l'opération, la déformation disparaît, et lorsque le malade est guéri on ne peut, à première vue, si l'on n'est pas averti, reconnaître qu'une opération a été pratiquée.

L'opération est d'ailleurs facile à exécuter et les suites en sont généralement heureuses, grâce à l'application rigoureuse du pansement antiseptique. Tous les malades opérés par M. Bœckel ont guéri en trois, quatre, cinq ou six semaines sans suppuration proprement dite. Chez un de ses malades, l'opération a été pratiquée sur les deux pieds, à six jours de distance, sans le moindre inconvénient. Trois semaines après la première opération, seize jours après la seconde, le malade pouvait marcher.

Chez un autre malade âgé de 4 ans, qui avait subi le redressement du pied droit à l'âge de 2 ans, M. Bœckel a pratiqué sur le pied gauche l'extirpation de l'astragale. Il a voulu, après la guérison, mesurer les deux membres pour se rendre compte du degré de raccourcissement déterminé par l'extirpation de l'astragale. A sa grande surprise, il a constaté qu'il n'existait aucune différence entre les deux membres, toutes précautions prises, d'ailleurs, pour éviter toute cause d'erreur. Y a-t-il eu production de tissu fibreux qui a comblé la lacune laissée par l'extirpation de l'os? Faut-il attribuer le phénomène de non-raccourcissement à une autre cause? C'est ce que M. Bœckel ne saurait déterminer.

Quoi qu'il en soit, on voit la supériorité de l'extirpation de l'astragale sur la tarsotomie cunéiforme, qui détermine souvent une différence de 5 centimètres susceptible de s'accentuer encore avec le temps.

Dans 14 observations qui ont été publiées avec détails, il n'a pas été observé de cas de mort ni d'accidents graves à la suite de l'opération de la tarsotomie astragalienne.

Dans le redressement forcé, qui seul peut entrer en parallèle avec cette opération, il est nécessaire de maintenir le redressement par l'application d'appareils plâtrés inamovibles dont la pression détermine parfois des eschares plus ou moins profondes, comme Billroth a eu l'occasion de le constater. Le redressement expose à plus d'accidents sans les bons résultats de l'opération.

M. Bœckel voudrait que la tarsotomie fût examinée avec impartialité. On a dit et répété un peu trop à la légère que tous les pieds bots sont susceptibles de guérir par les appareils orthopédiques; mais l'expérience montre que beaucoup de pieds bots ne guérissent pas,

malgré les traitements orthopédiques les plus rationnels, ou guérissent fort mal. Il en est ainsi de tous les pieds bots invétérés, dont le seul traitement est la tarsotomie.

M. Théophile Anger se trouve d'accord avec M. Bœckel sur un grand nombre de points de sa communication, mais il ne saurait admettre que les pieds bots osseux congénitaux ne puissent guérir par l'orthopédie seule ou combinée avec la ténotomie. Des faits qu'il a observés ont démontré à M. Anger que la guérison est possible dans de semblables conditions, quel que soit le degré de la difformité. Il pourrait montrer à M. Bœckel, entre autres exemples, un enfant aujourd'hui âgé de 11 ans, né avec un pied bot osseux congénital des plus prononcés et qui a guéri par la ténotomie combinée avec le redressement par les tractions lentes à l'aide des bandes élastiques. Il marche aujourd'hui parfaitement bien, en appuyant à nu la plante du pied sur le sol, la pointe du pied dirigée en avant. Il a fallu, il est vrai, un temps très long, cinq mois environ, pour obtenir le redressement à l'aide des bandes de caoutchouc.

M. Anger ajoute qu'il importe de traiter dès la naissance les enfants atteints de pieds bots congénitaux. La section sous-cutanée du tendon d'Achille peut être pratiquée, sans inconvénient et sans perte de sang, dès les premiers jours de la naissance; on applique ensuite un appareil à traction élastique constante et l'on arrive à faire marcher les enfants dès l'âge de 15 à 17 mois. Mais si l'on attend, pour traiter le pied bot osseux congénital, que l'ossification du tarse soit avancée, on n'obtient qu'un redressement presque illusoire. Encore une fois, il faut prendre les enfants à la naissance, faire la section des tendons rétractés et appliquer les appareils élastiques. Ce ne sont pas seulement les pieds bots congénitaux tendineux ou paralytiques que l'on guérit ainsi, mais encore les pieds bots osseux congénitaux.

M. Lucas-Championnière ne voudrait pas que la communication si importante que M. Bœckel vient de faire devant la Société de chirurgie, passât ainsi sans qu'une voix au moins évoquât le souvenir de ce qui s'est produit récemment à l'Académie de médecine, au sujet de la question de la tarsotomie. A entendre les orateurs qui prirent la parole à ce sujet, il semblait, d'une part, que l'orthopédie pouvait guérir tous les pieds-bots sans exception, et d'autre part, que la tarsotomie était une opération abominable qu'il fallait rejeter absolument de la pratique chirurgicale. Or, il résulte des faits communiqués par M. Bœckel que la tarsotomie constitue une opération excellente qui peut, grâce au pansement antiseptique, être appliquée sans danger et avec succès dans les cas où le pied-bot congénital est incurable par l'orthopédie et la ténotomie. M. Bœckel a vu, dans les cas où l'application des appareils peut déterminer des accidents graves de mortification des tissus, ou du moins condamner les petits malades à une immobilité pendant des années, il a vu la tarsotomie amener la guérison en quelques semaines.

Il est donc possible, quoi que l'on ait dit à l'Académie de médecine, d'arriver à des résultats favorables dans le traitement des pieds-bots osseux congénitaux par la tarsotomie, et il y a là une voie nouvelle, heureuse et féconde ouverte à la chirurgie du pied. Il est regrettable que pas un des chirurgiens de l'Académie de médecine, à l'exception de M. Tillaux qui n'a fait d'ailleurs que des réserves timides, n'ait elevé la voix en faveur de la tarsotomie pour la défendre contre ses détracteurs.

M. Desprès croit devoir faire remarquer que la ténotomie et même la tarsotomie ne sont que des opérations préliminaires auxquelles il faut ensuite ajouter le redressement et la contention à l'aide des appareils orthopédiques pour arriver à la guérison définitive. La ténotomie et la tarsotomie, en un mot, ne peuvent se passer de l'orthopédie et chacun de ces facteurs a sa part contributive aux résultats définitifs.

M. Chauvel adresse à M. Bœckel une série de questions : Que deviennent exactement les mouvements du pied après l'extirpation de l'astragale? Quelle est la longueur du membre opéré? Quelle est la valeur de ce membre au point de vue de la marche? Quelle est la valeur comparative des diverses formes de la tarsotomie cunéiforme ou astragalienne ?

M. Polaillon voudrait faire une petite rectification au sujet de ce qui s'est passé à l'Académie de médecine dans la question de la tarsotomie. C'est M. Jules Guérin qui a dit que l'on pouvait guérir tous les pieds bots par des sections tendineuses et les appareils; aucun des membres de la Société de chirurgie, présents à la séance, n'appuya le dire de M. Jules Guérin, et M. Tillaux fit même des réserves expresses à propos de la tarsotomie cunéiforme appliquée chez les adultes.

Enfin, à la Société de chirurgie, dans la discussion qui suivit le rapport sur les faits communiqués par M. Beauregard (du Havre), on ne condamna pas la tarsotomie; on se borna à

émettre des doutes sur la nécessité de l'opération dans des cas qui paraissaient justiciables de l'application des appareils.

M. Marc Sée croit devoir ajouter qu'à la séance de l'Académie de médecine à laquelle on vient de faire allusion, le principal orateur fut applaudi seulement par un petit nombre de membres, d'ailleurs incompétents ; les chirurgiens de l'Académie gardèrent le silence, réservant leur opinion sur une question qui ne leur paraissait point encore parfaitement jugée.

M. Bœckel répond à M. Anger qu'il a, dans plusieurs cas, appliqué les appareils à traction élastique sans résultat favorable ; chez d'autres enfants, il a pratiqué à diverses reprises les sections tendineuses et appliqué les appareils orthopédiques pendant des laps de temps considérables sans plus de succès.

A M. Chauvel, qui s'étonne qu'après la tarsotomie il n'y ait pas eu de diminution dans la longueur du membre, M. Bœckel répond qu'il a été également surpris de ce résultat dont il lui est impossible de donner l'explication : s'il existe une différence entre les deux membres, elle est certainement très minime ; quant à la possibilité, pour les opérés, de faire de longues marches, M. Bœckel ne saurait se prononcer à ce sujet, ses opérations étant encore trop récentes pour cela.

Enfin, en ce qui concerne les résultats de l'opération de la tarsotomie chez les adultes, M. Bœckel déclare que l'un de ses opérés avait 17 ans et un autre 29 ans ; les résultats n'ont pas été moins favorables.

— La Société de chirurgie procède à l'élection d'un membre titulaire. La commission, par l'organe de M. Richelot, rapporteur, présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Blum ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bouilly, Humbert et Paul Reclus ; en troisième ligne, M. Kirmisson.

Le nombre des votants étant de 29, majorité absolu 15, M. Paul Reclus obtient 16 suffrages, M. Blum 7, M. Bouilly 3, M. Humbert 3.

En conséquence, M. Paul Reclus ayant obtenu la majorité absolue des suffrages est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie. — A. T.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 décembre 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : Le *Progrès médical* ; le *Journal d'hygiène* ; le *Concours médical* ; le *Journal de médecine de Paris* ; le *Journal des sages-femmes*. — Une brochure intitulée : *Les tumeurs à leptothrix des voies lacrymales*, de M. Camuset, membre correspondant, oculiste à Dijon. — Le *Bulletin* des travaux de la Société médicale d'Amiens ; années 1880-1881. — La *Revue des travaux scientifiques*, tome II, n° 9 (1881). — Une brochure de M. Marius Bernard, membre correspondant, intitulée : *Constitution médicale de Cannes pendant l'année* 1881-82, et Note sur la fièvre typhoïde.

M. Delefosse fait hommage à la Société du premier numéro des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, publiées sous la direction de MM. Guyon, Lancereaux et Méline, revue dont il est le rédacteur en chef.

M. Henri Bergeron fait hommage à la Société du *Traité des maladies du rectum*, par le docteur Curling, ouvrage dont il est le traducteur.

M. le Secrétaire général annonce à ses collègues que M. Richelot fils, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de médecine, a été nommé membre de la Société de chirurgie.

Au nom de M. le docteur Dehaëne, de Rubrouck (Nord), M. le docteur Perrin fait hommage à la Société d'une note intitulée : *De la préservation du croup consécutif à l'angine couenneuse ou diphthérie.*

Dans cette note, l'auteur, M. le docteur Dechaêne cherche à démontrer, à l'occasion d'une épidémie d'angine couenneuse qu'il a observée dans la petite localité où il exerce, que le meilleur moyen de prévenir la propagation par contage de la maladie aux individus sains, c'est, dès l'apparition des premiers symptômes chez l'enfant malade, c'est-à-dire dès l'apparition des fausses membranes du côté de la gorge, de recourir au traitement local des dites fausses membranes, en les détruisant directement à l'aide d'agents modificateurs, et plus spécialement au moyen d'une mixture alumineuse composée de 8 gram. d'alun, de 10 grammes

d'eau distillée et de 10 grammes de miel rosat. Les attouchements doivent être répétés toutes les deux ou trois heures, nuit et jour. Ce traitement local, employé dès le début de l'affection, a pour avantage, selon M. le docteur Dehaêne, non seulement d'arrêter souvent le mal dans son développement, mais surtout de diminuer considérablement les chances de propagation par contagion de la maladie diphthérique aux individus sains. Un autre avantage de ce mode de traitement, c'est qu'il est à la portée des personnes étrangères à la médecine, et peut dans tous les cas être employé sans aucun inconvénient ni danger. De là une autre conclusion du travail de notre confrère, à savoir que des instructions populaires devraient être répandues à profusion dans les communes par les soins des municipalités, de manière à éclairer le public sur l'utilité d'appeler le médecin de bonne heure, et, en attendant son arrivée, de pratiquer les attouchements conseillés plus haut.

—

M. le Président procède au dépouillement du scrutin, ouvert pour la nomination des membres du bureau pour l'année 1883.

Pour la présidence, M. Reliquet obtient 22 voix sur 23 votants; M. Abadie, 1 voix.

Pour la vice-présidence, M. Polaillon, 22 voix; M. Perrin, 1 voix.

MM. Graux et Marchal sont élus, à l'unanimité, secrétaires annuels.

MM. Duroziez et Fraigniaud sont nommés membres du Conseil d'administration.

MM. Bergeron, Delefosse, Dubrisay et Richelot fils sont élus membres du comité de rédaction.

En conséquence, le bureau se trouve ainsi constitué pour 1883 : Président, M. Reliquet; — vice-président, M. Polaillon; — secrétaire général, M. de Beauvais; — secrétaires annuels, MM. Graux et Marchal; — archiviste, M. Rougon; — trésorier, M. Perrin.

—

M. Delefosse lit un travail intitulé : *Quelques réflexions sur la lithotritie d'après la méthode du docteur Bigelow.* (Sera publié.)

M. Delefosse, avant de commencer la lecture de son travail, fait observer que ce dernier a été écrit en septembre pour être lu à la Société en octobre. La grande quantité de travaux à l'ordre du jour sont la cause de ce retard, qu'il est important de signaler, car les observations, notes, etc., sur ce sujet, étant en pleine actualité, se succèdent avec rapidité, et que des idées originales il y a trois mois sont maintenant déjà anciennes.

M. Reliquet : Dans mon travail sur *la lithotritie rapide*, et dans celui : *La lithotritie doit être faite sans le traumatisme*, j'ai développé les idées générales que M. Delefosse vient d'émettre. Aussi je l'approuve complètement.

J'ajouterai que, personnellement, j'ai contribué, par mon brise-pierre, fait il y a plus de dix ans, à rendre beaucoup plus rapide le broiement des pierres. Je tiens d'autant plus à insister sur ce point, que dans certains travaux récents sur la lithotritie, tous provenant de la même source, il faut chercher dans le passage le plus discret possible de la rédaction pour s'apercevoir que l'instrument qu'ils appellent brise-pierre fenêtré, et dont ils vantent la puissance broyante, est justement celui que j'ai fait.

Il semble que ces auteurs aient à cœur de suivre l'exemple ou d'exécuter la consigne de leur maître, faire oublier l'origine réelle de cet instrument, qui est appelé par tous les autres chirurgiens qui en ont parlé depuis dix ans, *brise-pierre Reliquet.*

M. Duroziez propose d'envoyer le Bulletin annuel des travaux de la Société aux internes des hôpitaux de Paris.

M. le Secrétaire général répond que le tirage très restreint du Bulletin ne permet pas, à son grand regret, de satisfaire à cette demande, et que, d'ailleurs, les internes reçoivent régulièrement l'Union Médicale, qui publie *in extenso* les procès-verbaux et les mémoires de la Société de médecine de Paris.

La date du banquet annuel est fixée au samedi 20 janvier prochain. M. Leudet est nommé commissaire par acclamation.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, Delefosse.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 23 au 28 avril 1883.

Lundi 23 et mardi 24. — Pas de thèses.

Mercredi 25. — M. Depierris : Essai sur l'embryotomie dans les présentations du tronc. (Président, M. Béclard.)

M. Collinet : Considérations sur la tuberculose des organes génito-urinaires chez l'homme. (Président, M. Duplay.)

Jeudi 26. — M. Trousseau : De l'élongation du nerf nasal externe dans le traitement du glaucome. (Président, M. Panas.)

M. David : Essais sur les altérations fonctionnelles et organiques de l'appareil de la vision survenant sous l'influence combinée de l'alcool et du tabac. (Président, M. Panas.)

Vendredi 27. — Pas de thèses.

Samedi 28. — M. Lemaigre : Etude sur une variété d'exanthème survenant dans le cours de la fièvre typhoïde. (Président, M. Ball.)

M. Leduc : Contribution à l'étude de l'anisométropie. (Président, M. Panas.)

FORMULAIRE

Liniment contre les brulures. — Dumreicher.

Eau de chaux	50 grammes.
Huile de lin	50 —

Mêlez en agitant. — On applique sur la brûlure une compresse imbibée de ce mélange; on la recouvre d'autres compresses froides et au besoin d'une vessie remplie de glace. — N. G.

Pilules diurétiques. — Laboulbène.

Scille pulvérisée	2 grammes.
Feuilles de digitale pulv.	1 —

Mêlez et divisez en 20 pilules de 0 gr. 15 centig. chacune.

On prescrit de 2 à 4, et même jusqu'à 6 de ces pilules, dans les 24 heures, dans le cas de pleurésie récente, lorsque la fièvre est modérée et que l'épanchement séreux s'élève à la moitié ou aux deux tiers de la hauteur du thorax. Les pilules en augmentant la sécrétion urinaire, aident à la guérison. — N. G.

COURRIER

Corps de santé militaire. — Voici la liste de classement des médecins-majors des corps de troupe admis dans le service hospitalier à la suite du concours qui a eu lieu, à l'École du Val-de-Grâce, les 26 février et 8 mars dernier, en exécution du décret du 27 avril 1878 :

Médecins-majors de première classe. — Section de médecine : M. Vigenaud, du 88e régiment d'infanterie

Section de chirurgie : M. Geniaux, du 141e régiment d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — Section de médecine : 1. M. Michaud du 7e régiment de hussards. — 2. M. Pons, du 3e régiment de hussards.

Section de chirurgie : 1. M. Audet, du 5e régiment de cuirassiers. — 2. M. Franck, du 1er régiment de hussards. — 3. M. Klein, du 102e régiment d'infanterie. — 4. M. Colnenne, du 128e régiment d'infanterie. — 5. M. Duprey, du 5e bataillon de chasseurs à pied. — 6. M. Heuyer, du 74e régiment d'infanterie.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très précises). — Séance du vendredi 27 avril 1883.

Ordre du jour. — Continuation de la discussion sur la réfrigération dans la fièvre typhoïde : MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol. — M. Duguet : De l'angine ulcéreuse et de l'angine crémeuse dans la fièvre typhoïde. — M. Troisier : Présentation de pièces anatomiques relatives à un cas de pseudo-paralysie syphilitique chez un nouveau-né.

— M. le docteur Dareste commencera ses conférences d'Embryogénie et de Tératologie le mardi 24 avril, à 4 heures, et il les continuera les samedis et mardis, à la même heure, dans le laboratoire d'Embryogénie de l'Ecole pratique.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 24 avril. — La discussion dite sur la fièvre typhoïde paraît enfin terminée. Un discours écrit de M. Peter, une réplique de M. Bouley servent de conclusion au brillant tournoi auquel viennent de se livrer les deux orateurs.

M. Peter oppose, à l'objurgation un peu déclamatoire de M. Pasteur, de nouveaux arguments, ou plutôt les mêmes arguments remaniés, présentés sur quelques points avec de plus grands développements, devenus plus incisifs, et appuyés sur des documents encore inédits, tels qu'une nouvelle lettre des vétérinaires de Turin. Les travaux de MM. Béchamp, Robin et Onimus viennent aussi à la rescousse, avec des expériences qui tendent à nous faire considérer le microbe comme l'effet et non la cause de la virulence. C'est bien là le véritable terrain où ce débat sera toujours ramené en fin de compte ; c'est l'ancienne querelle entre Pouchet et Pasteur, qui n'est pas commencée d'aujourd'hui, et qui n'est pas près de finir.

M. Bouley s'étonne une dernière fois que son adversaire n'admire pas assez la découverte de l'atténuation des virus, et ne veuille pas se laisser éclairer par « ce phare lumineux ». Pour lui, le microbe, c'est la virulence expliquée, devenue tangible. C'est bien là, en effet, ce qui, dans la théorie des germes, a séduit les médecins et même les gens du monde ; c'est que, vraie ou fausse, elle supprime toutes les difficultés, elle est claire pour tous les yeux, elle satisfait le besoin que nous avons de ne rien ignorer.

Le rôle du microbe et l'atténuation des virus peuvent à la rigueur être dissociés. Reconnaissons les services rendus à l'agriculture, et pour le reste, attendons.

— Nos lecteurs se souviennent de la campagne que nous avons menée l'année dernière à propos de la *réorganisation des services d'accouchement* dans les hôpitaux de Paris.

Tout le monde avait admis la nécessité d'une réforme. On était d'accord pour supprimer les salles de femmes en couches annexées aux services de médecine, et pour créer de nouveaux services d'accouchements, indépendants au même titre que ceux de Cochin et de la Maternité.

Comme ceux de Cochin et de la Maternité, il semblait que les nouveaux services créés dans les hôpitaux dussent appartenir aux chirurgiens des hôpitaux, nommés par le concours du Bureau central. C'était du moins l'opinion de ces derniers. Accusés de songer à leurs intérêts plus qu'à ceux des malades, accusés même d'incompétence en matière obstétricale, comme si le chapitre fort limité des accouchements était inaccessible à des esprits rompus à la pratique de la chirurgie, ils demandaient en quoi leurs intérêts et ceux des femmes en couches pouvaient être incompatibles, pourquoi on leur refusait les nouveaux services tandis qu'on laissait entre leurs mains les malades de Cochin et de la Maternité ; au reproche d'incompétence, ils opposaient tous les chirurgiens qui, depuis Velpeau, se sont livrés à l'obstétrique, ont laissé de leur séjour plus ou moins prolongé dans ce coin de la chirurgie des traces durables avec le souvenir d'une pratique irréprochable, tels que Polaillon et Lucas-Championnière, ou bien, comme Guéniot et Tarnier, sont demeurés attachés à la spécialité de leur choix, et sont devenus aujourd'hui des maîtres incontestés, malgré leur tare chirurgicale. A un point de vue plus général et plus élevé, il deman-

daient si les *spécialisations* consécutives aux fortes études et aux titres acquis par le travail n'étaient pas les seules qu'il fallût encourager; si les *spécialités* n'ayant d'autre base que le bon plaisir de l'individu et son désir d'attirer la clientèle, devaient être consacrées par le concours.

En posant toutes ces questions, les chirurgiens comptaient sans les arrière-pensées du Conseil municipal et sans la faiblesse de l'administration. Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique admit la création d'un *concours spécial* pour nommer les accoucheurs des hôpitaux. Il fut promis qu'on en resterait là.

Cette année, les arrière-pensées se dévoilent peu à peu. Les nouveaux élus, de peur qu'on ne les accuse d'être inférieurs en dignité, exigent d'une administration complaisante qu'on leur attribue toutes les prérogatives des médecins et des chirurgiens. Les accoucheurs ouvrent la marche et préparent le terrain; la main très peu invisible qui les pousse se réserve d'autres succès pour un avenir prochain.

Cette main a déjà versé beaucoup d'encre pour établir qu'un certain décret *assimile* aux médecins des hôpitaux les médecins nommés par un concours spécial. Or, pour être assimilé, il faut d'abord être différent; l'assimilation du grade n'implique pas l'identité des fonctions. Qui vous a dit que les fonctions dont vous êtes investis nous paraissent inférieures? Nous savons que des noms illustres ont honoré l'obstétrique et la médecine mentale, et qu'il ne tient qu'à vous d'égaler les meilleurs d'entre eux. C'est vous qui, par votre ardeur d'assimilation, nous feriez croire que l'élection dont vous sortez n'a pas de quoi vous satisfaire.

Quoi qu'il en soit, les accoucheurs ont revendiqué la seule prérogative qui leur manquât, celle de faire partie des jurys de concours. Dans sa séance du 19 avril 1883, le Conseil de surveillance, après deux heures de discussion, et malgré la protestation du Corps médical des hôpitaux, a rejeté les conclusions du rapport de M. Nicaise, et par 10 voix contre 8 adopté l'*assimilation complète*.

De là résulte que les accoucheurs seront juges dans les concours de chirurgie et de médecine, et qu'après avoir argué de notre incompétence en obstétrique, ils se trouvent compétents aujourd'hui en médecine et en chirurgie.

Il en résulte aussi que de jeunes accoucheurs, qui auront évité la grande route et les efforts prolongés, trouvant dans le chemin détourné du concours spécial un débouché facile et un succès rapide, seront appelés à juger non seulement leurs contemporains, mais leurs aînés, leurs anciens internes, leurs maîtres en médecine opératoire.

Il en résulte enfin que les aliénistes vont bientôt réclamer, quoiqu'ils s'en défendent, et obtenir les mêmes droits. Et qui donc pourrait leur refuser ce qu'on accorde aux accoucheurs?

Après eux, nous verrons surgir d'autres concours spéciaux ; les yeux, les oreilles et les dents parleront à leur tour. Ce qui se fait aujourd'hui, en apparence, n'est rien; car ceux de nos confrères qui sont immédiatement intéressés à la nouvelle mesure ont donné leurs preuves de savoir, et leurs personnes ont été mises par nous en dehors de ces débats. Mais nous craignons ce que l'avenir nous réserve; nous craignons les ambitieux qui, ne pouvant s'élever au delà d'un certain point, profitent de leurs situations officielles et des craintes qu'ils inspirent à une administration timorée, pour abaisser tout à leur propre niveau.

Après le vote du Conseil de surveillance, MM. Moutard-Martin et Nicaise, nos représentants, ont donné leur démission. Personne ne pouvait défendre nos intérêts et notre dignité avec plus de zèle, de dévouement et d'intelligence que ne l'ont fait nos deux collègues. Nous tenons à les féliciter chaleureusement d'avoir protesté contre le mépris que fait l'Administration des sentiments exprimés par le Corps médical des hôpitaux.

L.-G. R

CLINIQUE MÉDICALE

RAPPORTS DES COLIQUES HÉPATIQUES AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT (1),

Par le docteur Cyr, médecin-inspecteur adjoint à Vichy.

Avant de passer aux commentaires, qui auraient pu recevoir des développements beaucoup plus étendus que ceux que nous leur avons donnés, nous devons dire qu'il ne faudrait tirer aucune conclusion du nombre comparé de cas pris à l'hôpital ou en ville ; mais, à ce propos, nous ferons une petite remarque. D'après M. Huchard, les coliques hépatiques de la grossesse et de l'accouchement seraient plus fréquentes chez les femmes du monde que chez les femmes du peuple. D'après ce que nous avons observé, nous ne serions pas tout à fait d'accord avec notre distingué collègue. Ce qui pourrait l'avoir induit en erreur, c'est que tout naturellement il a basé son opinion sur ce qu'il a vu dans sa pratique hospitalière comparée à la pratique de la ville. Or, il faut tenir compte de ce fait, c'est que si les femmes du monde font appel au médecin dès qu'elles éprouvent des douleurs tant soit peu intenses, les femmes du peuple ne se décident guère à entrer à l'hôpital, dans le cas de lithiase biliaire, pour une simple crise de colique hépatique, mais seulement lorsqu'il y a des accidents sérieux ou que les crises se renouvellent très fréquemment. On peut donc en conclure que bien des cas de cette classe de malades doivent échapper à l'observation des médecins d'hôpitaux.

En procédant à l'analyse des faits qui précèdent, on voit que dans 11 cas sur 51, la premiére crise hépatique a été observée pendant la grossesse et on peut dire aussi bien à une époque qu'à une autre de cet état ; que dans 4 cas elle est survenue à la suite de fausse couche, et dans les 36 cas restant, à la suite de l'accouchement. Quant au délai qui s'est écoulé entre l'accouchement et la manifestation des crises hépatiques, il a considérablement varié depuis un jour jusqu'à 11 et 12 mois. Il n'est pas indifférent cependant de faire remarquer que sur ces 36 cas le délai en question a été de un jour à un mois dans 22 cas, par conséquent dans les deux tiers environ de ces cas. Nous ferons encore remarquer que parmi les 51 faits que nous avons rapportés s'en trouvent 3 de grossesse ou d'accouchement gémellaire; or on sait que la proportion normale est de 1 cas sur 92, d'après Tarnier et Chantreuil. L'influence pathogénique de la gestation, que nous cherchons à mettre en évidence se traduit donc ici par un détail assez caractéristique.

En définitive, voilà une cinquantaine de cas dans lesquels il y a eu une relation au moins apparente entre la gestation et les coliques hépatiques. Cette relation n'a-t-elle été qu'apparente ? Y a-t-il eu d'autres facteurs dont l'influence était de nature à primer celle de la gestation ou d'en atténuer singulièrement la portée ? C'est ce que nous allons examiner.

On peut faire successivement valoir :

1° La *lactation supprimée*, ainsi que nous l'indiquions au début de ce travail ;

2° Le *défaut* ou la *diminution d'activité* qu'entraîne généralement l'état de gravidité, soit que la marche de la gestation y force, soit qu'on le fasse par prudence ou même par exagération de prudence ;

3° Les *écarts de régime* qu'explique cette situation et que facilitent la fortune et l'oisiveté ;

4° Enfin les *antécédents héréditaires*.

Toutes ces circonstances qui, assurément, sont susceptibles d'exercer une certaine influence pathogénique au point de vue de la lithiase biliaire, perdent beaucoup de leur importance si l'on considère que c'est surtout chez les femmes de la classe pauvre, tant de la campagne que de la ville, que nous avons observé les faits rapportés ici, que ces femmes allaitent presques toutes, sauf empêchement majeur, qu'elles allaitent même plutôt trop, qu'elles travaillent d'ordinaire jus-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 24 avril.

qu'au dernier jour, que rien n'est changé dans leurs conditions d'existence et que, par conséquent, à peu près la seule influence pathogénique — ou au moins la plus manifeste — qu'on puisse mettre en avant, c'est le fait de la grossesse et de l'accouchement.

Nous venons de dire *à peu près* la seule influence; il y a en effet à tenir compte dans quatre cas de l'hérédité hépatique, dans un cas de l'hérédité arthritique, dans cinq cas d'accidents arthritiques antérieurs ou concomitants, et dans trois cas de circonstances telles qu'une frayeur ou un refroidissement. Nous ne voudrions pas garantir qu'en recherchant avec le plus de soin possible les signes d'arthritisme chez toutes les autres malades, on n'aurait pas trouvé à augmenter le nombre des cas où cette diathèse figure comme élément pathogénique possible; nous croyons cependant l'avoir signalée au moins toutes les fois qu'elle était bien évidente, soit d'après les phénomènes pathologiques présentés par les malades, soit d'après leurs antécédents morbides ou héréditaires. L'arthritisme est d'ailleurs bien moins fréquent, comme on sait, dans les classes pauvres et laborieuses, que dans les classes riches; c'est aussi pour réduire cet élément pathogénique à son minimum d'importance dans la question en litige, que nous n'avons introduit dans ce travail qu'un petit nombre de faits tirés de la pratique civile.

On pourra nous objecter encore que, dans quelques cas où la lithiase biliaire était déjà établie, on l'a vu s'améliorer pendant les grossesses suivantes, comme dans les cas XXX, par exemple, ce qui n'infirme nullement les vues que nous cherchons à faire prévaloir, mais rentre dans cette catégorie de faits, d'observation courante, où l'on voit des femmes débiles ou habituellement maladives, auxquelles une grossesse donne une force et une santé qui leur étaient complètement inconnues auparavant. M. Willemin avait du reste signalé également des cas où des femmes sujettes à des crises hépatiques en étaient complètement exemptes pendant toute la durée de leur grossesse. Encore une fois, ces faits peuvent d'abord s'expliquer comme nous venons de le faire; ils prouvent ensuite une chose indiscutable, c'est que dans la pathogénie de la lithiase biliaire, et de bien d'autres affections, il n'y a pas d'élément absolu, spécifique.

Resterait maintenant à donner l'explication du mode d'action de la grossesse dans la production de la lithiase.

Nous avons déjà fait remarquer que l'arthritisme pouvait être incriminé dans quelques cas; la grossesse a très bien pu dans ces circonstances provoquer le réveil de cette diathèse, comme l'admet M. Huchard, et servir ainsi de cause déterminante chez des sujets prédisposés, réveil qui s'est traduit par des coliques hépatiques.

Nous admettons parfaitement ce mode pathogénique; mais nous croyons aussi qu'on ne peut le faire intervenir que dans un nombre très restreint des observations que nous avons rapportées, pour cette excellente raison que nous n'avons constaté de manifestations ou d'antécédents arthritiques que tout au plus dans un sixième des cas. Si donc la grossesse n'a pas agi de cette façon dans les autres cas, nous avons à déterminer comment s'est exercée cette influence pathogénique.

D'une manière générale, et sans entrer dans une étude détaillée du sujet, on peut admettre que les calculs biliaires ont surtout tendance à se former soit par suite de modification dans la composition de la bile, soit par ralentissement dans sa circulation, ou obstacle apporté à son libre cours à travers les voies biliaires. La grossesse est-elle à même de réaliser ces conditions? C'est ce qu'il importe d'examiner.

Et d'abord, se produit-il une modification appréciable de la composition de la bile, et cette modification est-elle de nature à favoriser la formation des cholélithes?

Sur ce point, nous n'avons que des données fort vagues et nous ne pouvons procéder en quelque sorte que par induction. Nous ne connaissons pas d'analyse de la bile faite pendant la grossesse; nous ne croyons même pas qu'il en existe. Dans tous les cas, nous en avons cherché en vain dans les ouvrages les plus complets sur

la matière. Mais si nous ne pouvons démontrer directement qu'il se produise une certaine modification de la bile, une démonstration indirecte n'est pas impossible. On ignore complètement ce que les modifications dans la composition du sang pendant la gestation peuvent faire sur la bile, mais on sait que la grossesse exerce sur la glande hépatique une influence dont le mécanisme peut être discutable, mais qui se traduit par un certain degré de dégénérescence graisseuse sur lequel Blot et Tarnier ont les premiers appelé l'attention, et qui explique en partie la plus grande fréquence de l'ictère grave dans la grossesse ou l'état puerpéral. Si donc l'organe qui est le laboratoire de la bile est altéré à un certain degré, il n'est nullement inadmissible que le produit qu'il fabrique n'ait pas ses qualités normales. De quelle nature sont ces modifications de la bile? Sont-elles favorables à la formation des calculs? Il est impossible actuellement de répondre à ces questions, pas plus dans un sens que dans l'autre; mais il était intéressant d'en faire au moins une mention.

Il y a maintenant à se demander si la compression dont les organes abdominaux sont le siège par le fait du développement de l'utérus gravide n'atteint pas le foie, et si elle ne détermine pas alors un certain degré de stase ou de ralentissement du cours de la bile, condition éminemment favorable, comme on sait, à la formation des cholélithes. Bien que ce fait de la compression directe ou indirecte du foie par l'utérus dans les derniers mois de la grossesse paraisse incontestable, il est très diversement apprécié. Un certain nombre d'auteurs l'ont signalé sans commentaires; d'autres l'ont passé sous silence; quelques-uns enfin, comme Matthews Duncan le contestent. Il est probable que si les gynécologistes ont, en général, négligé de s'appesantir sur ce point, c'est probablement parce qu'il ne rentrait pas assez dans le cadre de leurs préoccupations habituelles.

En somme, on comprend très bien que cette compression de l'appareil biliaire et d'une partie du système porte, compression dont le degré peut varier, mais dont le fait est indéniable, et à laquelle est peut-être dû ce léger état graisseux dont nous parlions tout à l'heure, constaté chez les femmes pendant la grossesse, puisse avoir pour résultat le ralentissement de la circulation de la bile, et par suite tendance à la séparation des éléments de ce liquide et à la précipitation de la cholestérine. S'il est vrai, ainsi que l'avance Wickham Legg, que la quantité de bile augmente sous l'influence des vomissements, c'est encore une circonstance qui donne plus d'importance au fait de la compression. Faut-il ajouter que la constipation, assez habituelle pendant la gestation, et qui a même origine, est aussi une condition adjuvante dont il y a lieu de tenir compte.

La question des rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement n'a pas seulement d'intérêt au point de vue étiologique ou pathogénique. Il suffira, en effet, de faire remarquer que dans trois ou quatre cas il y a eu erreur de diagnostic et que l'on a cru tantôt à une métrite ou une péri-métrite, tantôt à une péritonite, ou encore à un accouchement prématuré, alors qu'on n'avait affaire qu'à une crise de colique hépatique. Il faut donc être prévenu de la possibilité et même de la fréquence relative des crises de colique hépatique par le fait de la grossesse et dans les premiers temps qui suivent l'accouchement, pour ne pas s'exposer à une interprétation erronée avec les conséquences qu'elle peut entraîner.

Le pronostic de la grossesse, heureusement, n'est guère influencé par le fait des coliques hépatiques; sauf dans le cas où il se produit de l'ictère, ce qui est toujours une complication sérieuse, les coliques hépatiques ne nous ont pas paru compromettre la marche naturelle de la gestation.

Enfin la connaissance de l'influence possible de la gestation sur la production de la lithiase biliaire permettra au médecin d'insister sur certaines précautions hygiéniques relatives soit à l'exercice, soit à l'alimentation ou à d'autres objets, précautions dont la portée prophylactique pourra n'être pas sans valeur.

Depuis que ce travail est rédigé, plusieurs confrères à qui nous en avions communiqué le sujet nous ont fait part de cas analogues à ceux que nous avons rapportés, ainsi que de la surprise qu'ils en avaient éprouvé, n'étant pas familiarisés

avec les relations entre la lithiase et la gestation. Plusieurs de ces faits ne manquent pas d'intérêt; si nous ne les publions pas pour le moment, c'est pour ne pas allonger outre mesure ce petit mémoire qui, dans notre intention, ne devait pas excéder les limites d'une simple note.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. Auvard, interne à la Maternité.

2° Une note de M. Spiridion Kanellis, d'Athènes, intitulée : *Influence des racines sensitives sur l'excitabilité des racines motrices.*

2° Une note de M. le docteur Druhen, de Besançon, sur l'iodure d'ammonium et sur son emploi en médecine.

—

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. le docteur Jules Brongniart, médecin consultant aux eaux de Contrexéville, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, diverses brochures, parmi lesquelles une intitulée : *Action de l'eau minérale de Contrexéville chez les calculeux.*

M. Dechambre offre en hommage : 1° un volume intitulé : *Le médecin, devoirs privés et publics;* — 2° l'article *Déterminisme*, extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

M. Remy lit un travail intitulé : *Sur quelques nouveaux parasites des Japonais.*

—

M. Peter a la parole pour répondre à M. Pasteur.

M. Peter : Je ne suis pas de l'avis de M. Pasteur, lorsqu'il dit :

« Voilà six mois que, dans cette assemblée des plus grands médecins, on discute le point de savoir s'il vaut mieux traiter la fièvre typhoïde par des lotions froides que par de la quinine ou de l'acide salicylique, ou même ne pas la traiter du tout. »

En effet, pour tout esprit impartial, il résulte de cette grande discussion :

Que les médications systématiques de la fièvre typhoïde ont été rejetées par les médecins qui siègent dans cette Académie;

Que la médication systématique par les bains froids a été combattue par les deux médecins qui en ont parlé et qui se trouvent être deux professeurs de la Faculté, M. Germain Sée et moi;

Que la médication systématique par le sulfate de quinine à haute dose a été combattue par un médecin également professeur à la Faculté, notre président M. Hardy.

Il résulte, d'autre part, que ce qui a triomphé c'est la *médication traditionnelle*, la *médication suivant les indications*; c'est-à-dire celle qui consiste à n'agir que suivant l'opportunité actuelle; à maintenir le typhoïdique dans des conditions d'hygiène favorables; à l'alimenter suivant ses aptitudes digestives; à combattre la fièvre dans ce qu'elle a d'excessif; à agir, en d'autres termes, comme on le fait pour une fièvre éruptive qui évolue régulièrement, en se réservant d'intervenir aussitôt qu'un péril surgit, qu'une complication devient redoutable.

Ce qui revient à dire que si nous ne possédons pas la médication *spécifique* de la fièvre typhoïde, nous possédons la médication rationnelle des typhoïdiques.

Aussi suis-je autorisé à affirmer que le médecin qui sait s'inspirer de l'état du malade est capable non seulement de traiter, mais de *guérir* les typhoïdiques.

Eh quoi! lorsque nous combattons une pneumonie intercurrente, une hémorrhagie périlleuse et prochainement mortelle, et que nous en triomphons, il ne nous serait pas permis de croire et de dire que nous avons guéri le malade?

C'est donc par un singulier abus de langage qu'on prétendrait que les médecins contemporains ne connaissent pas de traitement pour la fièvre typhoïde.

Cette discussion n'aura pas non plus été sans résultat au point de vue des mesures prophylactiques, puisque, grâce à la chaleureuse intervention de M. Rochard, elle s'est terminée par la nomination d'une commission qui aura pour but de mettre l'édilité parisienne en demeure de faire disparaître les causes matérielles et multiples d'infection, qui peuvent concourir au développement des épidémies de fièvre typhoïde.

J'avoue, quant à moi, que j'envisage cette discussion avec une certaine satisfaction personnelle, puisqu'elle m'a donné l'occasion de combattre les médications systématiques, et que celles-ci n'ont pas trouvé de défenseurs parmi les médecins de cette Académie.

J'ajoute, d'autre part, que j'y ai saisi l'occasion de combattre la chimiatrie, qui n'a pas trouvé davantage de défenseurs parmi les médecins de cette assemblée.

J'ajoute encore que j'ai voulu surtout combattre cette partie annexe de la chimiatrie qui n'est autre que la doctrine des microbes; doctrine qui n'a pas trouvé non plus de défenseurs parmi les médecins de cette Académie. Un seul y a fait une courte allusion, et ç'a été pour condamner les excès de zèle des partisans de la doctrine.

« Chaque jour, dit M. Fauvel, voit annoncer l'existence d'un microbe nouveau; chaque spécialité veut avoir le sien. Que restera-t-il de ces découvertes hâtives? Je n'en sais rien; mais je suis d'avis qu'il ne faut les accepter que sous bénéfice d'inventaire.

« Ce qui pour le moment nuit le plus aux sérieuses recherches de M. Pasteur aux yeux du public, c'est cette *furia* microbienne qui s'est emparée des esprits et qui jette la confusion dans la pathologie. Il n'y a pas lieu en ce moment de songer à y mettre obstacle. Il faut laisser passer le torrent, en attendant que l'avenir dise le dernier mot. »

Si j'ai combattu la chimiatrie, c'est que je connais l'histoire de la médecine, c'est que je sais le tort considérable que, pendant tout le XVIIe siècle, elle a porté à notre science médicale; c'est que je sais le tort non moins grand que lui ont fait au XVIIIe siècle les iatro-mathématiciens. De telle sorte qu'il n'a fallu rien moins, au XVIIe, que le génie d'un Sydenham pour ramener les médecins à l'observation vraie des malades, et, au XVIIIe siècle, le génie non moins grand d'un de Haen, d'un Stoll et d'un Borsieri pour remettre la médecine dans les voies de la raison.

En combattant la chimiatrie, j'ai rencontré sur ma route les fauteurs de ces doctrines, et je les ai combattus sans acception de nationalité, ne pensant pas qu'on doive, dans les sciences, pratiquer la maxime : « Vérité en déçà, erreur au délà. »

J'arrive maintenant à M. Pasteur, et je lui dis :

Monsieur, le litige entre vous et vos partisans, d'une part, et moi, d'autre part, porte sur trois points principaux :

1° Y a-t-il eu des accidents par vos inoculations? — Oui!

2° L'immunité qu'elles confèrent est-elle fugitive? — Oui!

3° Sont-elles actuellement applicables à l'espèce humaine? — Non!

Je dois donc doublement combattre ces doctrines, dans leur généralisation hâtive, comme médecin et comme professeur.

Il y a d'ailleurs, à vos inoculations, une objection préalable à soulever : c'est que votre virus atténué est de fabrication humaine, et que, comme tel, il vaut ce que valent les soins qu'on y met.

Je veux dire que votre virus est préparé et manipulé par vous, monsieur, et par vos aides. J'accorde que tant que vous serez là il sera bien préparé. Mais quand vous n'y serez plus! Abandonné alors à l'incurie possible de préparateurs insouciants et irresponsables, que deviendra votre virus atténué, et, surtout, que deviendront les inoculés?

Au contraire, le virus *vaccin* est tel que nous le fournit l'organisme de la vache ou de l'homme. Nous n'y intervenons pas. Il n'y a donc aucune parité à établir entre vos virus et le vaccin, entre vous et Jenner.

J'en viens actuellement au défi que vous me portez de prouver que vous avez commis une erreur quant à la découverte d'une « maladie nouvelle ».

Or, monsieur, vous avez communiqué à l'Académie de médecine, le 25 janvier 1881, une *Note sur la* MALADIE NOUVELLE *provoquée par la salive d'un enfant mort de la rage* (1); ce que, pour abréger, j'avais appelé la « nouvelle maladie rabique »; car il est clair que ce qu'il y avait d'important, c'était le fait de la découverte d'une « maladie nouvelle » provoquée par l'inoculation du virus *rabique;* pour vous, j'ai eu tort *d'abréger;* mais c'est, en vérité, le seul tort que j'ai eu.

Le vôtre a été de croire à l'existence d'une *maladie nouvelle* du fait de l'inoculation d'un virus rabique.

Voici, d'ailleurs, vos propres paroles :

« Nous sommes donc bien, comme je le disais tout à l'heure, en possession (*sic*) d'une maladie nouvelle déterminée, en outre, par la présence d'un parasite microscopique *très nouveau lui-même,* ou qui, du moins, a échappé jusqu'à ce jour à l'investigation pathologique. (Or, ce microbe très nouveau, vous deviez, trois mois plus tard, le trouver dans la salive d'un homme bien portant.)

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine,* 1881, p. 91, lig. 11, en remontant.

« S'il est possible de penser qu'il faudra compter désormais avec ce *nouveau virus d'une virulence excessive*, par contre, son existence est un succès de plus pour la nouvelle doctrine étiologique des maladies transmissibles (1). »

« Ne se pourrait-il pas que cette espèce animale (les cobayes) nous donnât l'exemple d'une longue incubation du virus, puisque aussi bien, l'*étrange maladie* dont nous parlons — provient de *la salive d'un enfant mort de la rage*, — et que le principal caractère de cette dernière affection consiste en ce qu'elle ne manifeste sa virulence que longtemps après l'introduction de l'agent du mal (2). »

« Devrions-nous donc abandonner toute recherche d'une dépendance possible et cachée entre ces affections? (La rage — et la maladie nouvelle.)

« Ce serait vraiment tenir peu de compte de trois faits saisissants : que *la maladie nouvelle a pris sa source* DANS LA SALIVE *d'un enfant mort* DE LA RAGE; que la salive des lapins et des chiens atteints de la nouvelle maladie s'est montrée virulente entre nos mains; qu'enfin nous avons inoculé à des lapins, sans résultat, sans provoquer ni maladie ni mort, des salives de lapins asphyxiés et des salives recueillies sur *des cadavres humains à* LA SUITE DES MALADIES COMMUNES. » (A cela, M. Robin fait justement observer qu'il ne s'agit pas de salive, mais de mucus; les cadavres n'ayant plus de salive (3). Nous allons voir, d'ailleurs, tout à l'heure que vous serez obligé de reconnaître que le mucus buccal des maladies communes peut donner naissance à votre maladie, prétendue nouvelle.)

En effet, M. le professeur Parrot a fait savoir à l'Académie que :

« Les expériences invoquées à l'appui de cette découverte étaient passibles d'une objection fort importante et qui se présentait tout naturellement; ce microbe existait-il seulement dans le mucus des enfants ayant succombé à la rage, ou pouvait-il se rencontrer également chez les enfants morts de maladies communes ! »

Alors vous avez inoculé du mucus buccal recueilli chez des enfants morts de broncho-pneumonie, et chose étrange, ce mucus d'enfant a provoqué (contrairement au mucus buccal des adultes, que vous dites avoir inoculé sans succès) a provoqué, dis-je, sur des lapins le développement du même organisme virulent.

En conséquence, ajoutez-vous, « la nouvelle maladie n'a aucune relation avec la rage. »

Enfin, M. le professeur Vulpian a écrit à l'Académie, le 29 mars 1881, la lettre suivante :

« Je regrette de n'avoir pas été présent à l'Académie lorsque M. Parrot a lu la lettre de M. Pasteur, insérée dans le dernier Bulletin. Si j'avais assisté à cette lecture, j'aurais informé l'Académie que j'avais provoqué la mort assez rapide d'un lapin, en lui faisant subir une injection sous-cutanée de SALIVE NORMALE, provenant d'*individus sains*. Cette salive venait d'être recueillie au moment où l'on a pratiqué l'injection.

« Une goutte de sang, prise dans le cœur du lapin mort dans ces conditions, avait éte délayée dans une dizaine de grammes d'eau distillée, et 10 centigrammes de ce mélange ont été injectés sous la peau d'un autre lapin. La mort eut lieu en deux jours. »

Je passe la suite pour ne donner que la conclusion : « En résumé, la salive normale peut déterminer par injection sous-cutanée chez le lapin, une affection mortelle. »

Ainsi vous avez été conduit successivement à reconnaître que votre maladie prétendue nouvelle n'était pas due seulement à l'inoculation du virus rabique, puisqu'elle pouvait être produite par l'inoculation du mucus buccal provenant d'enfant mort de maladies communes.

Vous avez donc conclu trop vite en faisant à l'Académie une première communication sur la « maladie nouvelle », *causée par l'inoculation du virus rabique*, avant d'avoir recherché si le mucus buccal d'enfants morts de maladies communes ne produisait pas les mêmes effets.

Mais vous croyiez encore à l'existence d'une maladie nouvelle, et il n'a fallu rien moins que les judicieuses recherches de M. le professeur Vulpian pour vous apprendre que la salive de l'homme sain, inoculée au lapin, est mortelle pour lui, et qu'ainsi il n'y a pas de maladie nouvelle au sens où vous l'entendiez et où l'entendait la commission académique nommée à ce sujet, donnant ainsi raison à M. Collin. C'est donc à M. Vulpian que nous devons cette découverte, que la vôtre n'en était pas une. Et voilà comme quoi nous sommes riches d'une maladie de moins.

On sait que dans la discussion qui eut lieu au sujet de la première communication de M. Pasteur, M. Collin d'Alfort a le premier protesté contre votre découverte, et dit qu'il ne s'agissait que de septicémie.

Vous avez donc commis une erreur en croyant à une maladie nouvelle.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 99. — Séance du 27 janvier 1881.
(2) *Ibid.*, page 100. — 27 janvier 1881.
(3) Ch. Robin, article *Germes*.

Vous avez donc conclu trop vite en disant une première fois qu'elle était due à l'inoculation du virus rabique.

Vous avez conclu trop vite encore en croyant qu'elle pouvait être due à l'inoculation d'un mucus provenant de maladies communes.

Et c'était ce que j'avais à démontrer.

Mais c'est là, au fond, le très petit côté d'un très grand procès.

Et c'est vous, monsieur, qui concluez si vite dans les choses de la médecine, qui êtes venu dire, avec une assurance telle qu'elle excita les protestations de notre illustre collègue Bouillaud : « que la vieille médecine de la spontanéité des maladies s'effondrait, et qu'une nouvelle naissait dont vous nous apportiez les bases (1). »

Eh bien, monsieur, ce sera pour moi un grand honneur de lutter contre vous en 1883, comme le fit à cette même tribune Bouillaud en 1879.

Vous voyez, monsieur, que parmi les médecins qui siègent dans cette Académie, vous n'avez trouvé que des contradicteurs, et, par une singulière fortune, tous ces médecins sont des professeurs de la Faculté de Paris (MM. Bouillaud, Ch. Robin, Vulpian, Jaccoud et Peter).

J'aborde ici, une fois encore, la question des inoculations :

« Quant à la prophylaxie du charbon par l'inoculation du virus mortel atténué, il paraît, dites-vous, que les cultivateurs ne tiennent pas grand compte d'oppositions plus ou moins systématiques. Je constate, en effet, que du 1er au 10 avril seulement, c'est-à-dire dans les dix jours écoulés depuis que la lecture du 27 mars a été répandue, plus de vingt-cinq mille moutons, vaches, bœufs ou chevaux ont été vaccinés. Il est plus que probable que, dans le seul mois que nous traversons, les vaccinations dépasseront le nombre de cent mille. »

Mais, monsieur, ce n'est pas là un argument.

Je suis obligé de revenir encore une fois sur le chapitre des accidents causés par les inoculations.

Vous ajoutez, monsieur, que votre savoir vous permet de me dire « qu'il est étrange qu'un professeur de la première école médicale du monde assimile à une curiosité d'histoire naturelle des faits comme celui de la *merveilleuse* expérience de Pouilly-le-Fort, qui me permet de dénoncer la légèreté avec laquelle vous avez parlé des vaccinations et des virus atténués. »

Mais je répète que les recherches sur les microbes sont surtout du domaine de l'histoire naturelle; qu'il ne faut les introduire dans le domaine de la médecine humaine (je dis humaine) qu'avec une réserve que ne comprennent pas toujours les chimistes, mais que je dois conseiller précisément par ce que je suis, suivant vos expressions, « professeur de la première école médicale du monde », réserve que j'enseignerai dans mon cours de l'année prochaine, que je compte faire sur les « maladies infectieuses et virulentes », où vos doctrines, monsieur, seront appréciées à leur juste valeur, et où je saurai rendre justice à tous ceux qui ont fait des découvertes sur ces importantes questions.

Quant à cette expression de « merveilleuse » que vous employez pour qualifier votre expérience de Pouilly-le-Fort, ce n'est plus de l'apologie, c'est de l'apothéose! Et alors je n'ai rien à y voir.

Je ne relève pas l'expression de « légèreté » (qui m'a déjà été appliquée par votre partisan dans cette enceinte, M. Bouley), parce qu'il paraît que ce sont là les aménités des savants entre eux. J'en vois la preuve dans cette phrase de M. le professeur Béchamp à votre égard; il vous dit, parlant à votre personne : « M. Pasteur qui, en 1876, parlait *si légèrement* de choses aussi concrètes, etc. » (il s'agit de microzymas et de microbes en 8), de sorte qu'en fait de légèreté me voici en bonne compagnie.

« Et de quoi s'agit-il? D'une méthode de prophylaxie certaine et absolue. Je le répète : certaine et absolue, car les accidents constatés, et qui déjà ne se reproduisent plus, n'ont pas été le fait de la méthode prise en elle-même. »

Telles sont vos expressions. Eh bien, on reste frappé de stupeur quand on vous entend dire ces choses, alors qu'il y a moins d'un an, le 8 juin 1882, à la Société de médecine vétérinaire de Paris, M. Weber, vétérinaire *français*, vous a signalé de nombreux cas de MORT de moutons et de vaches après et par l'inoculation de votre virus *préservatif*; alors que M. Mathieu (autre vétérinaire français), a signalé des faits analogues : alors enfin qu'à la séance du 12 avril dernier de la Société de médecine vétérinaire de Paris, CINQ *jours* avant que vous disiez ces choses à notre Académie, la Commission des vétérinaires de Turin a adressé une troisième lettre confirmative des deux premières, quant aux accidents provoqués par les inoculations pastoriennes. Ce sont des faits, cela!

Voici cette nouvelle lettre des vétérinaires de Turin :

« Pour nous, disent ces vétérinaires, l'autorité d'un écrivain ou d'un expérimentateur,

(1) *Bulletin de l'Académie*, 11 novembre 1879.

même célèbre, ne constitue pas un *critérium infaillible de vérité*, mais a seulement la valeur d'une probabilité éminente, laquelle, sans pécher de témérité ou de peu de respect, peut être discutée et examinée pour pouvoir l'apprécier dans les justes limites de sa vraie importance.

« Guidé par ces idées, nous répliquons à l'illustre Pasteur :

A l'illustre Pasteur : « Et votre affirmation, de nouveau répétée, que le sang du mouton dont on s'est servi pour les inoculations de contrôle devait être à la fois charbonneux et septique, nous répliquons : Qu'en disant qu'il *devait être*, cela ne prouve nullement qu'il *l'était*. Contre votre *opinion*, *entièrement arbitraire*, sont les FAITS suivants (déjà autrefois publiés par nous) : que dans le sang du mouton, moyennant l'examen microscopique, on ne vit d'autres micro-organismes en *dehors* du *bacillus anthracis*; que ces micro-organismes *seulement* se retrouvèrent dans les animaux morts à cause de cette inoculation, et aussi bien le cadavre du mouton, du cœur duquel avait été pris le sang qui servit à l'inoculation; que ceux des animaux inoculés présentaient les altérations pathologiques microscopiques du sang de rate. Dans la première série d'expériences faites à l'Ecole de Turin, il arriva, sur une échelle plus grande, ce qui a été constaté par d'autres expérimentateurs.

« En effet, Gothi vit, à Bologne, *mourir 4 brebis sur* 6, régulièrement vaccinées, à la suite de l'inoculation de sang charbonneux; Rivolta vit, à Pise, dans une expérience de contrôle faite avec *virus* fort, *mourir 4 brebis sur* 6, régulièrement vaccinées; et d'autres expérimentateurs observèrent des résultats analogues. Dans ces cas-là, fallait-il aussi invoquer une *septicémie imaginaire* pour les expliquer? Une autre explication parut plus naturelle, et elle fut aussi indiquée par Pasteur lui-même : celle que le *vaccin* était *faible* ou *affaibli*. Et nous trouvons suffisante une telle explication.

« Quoiqu'il nous déplaise de contredire l'illustre savant, cependant le culte de la vérité nous oblige à confirmer nos précédentes affirmations. Du reste, l'illustre savant, dans sa lettre du 16 avril 1882, adressée au directeur-professeur Vallada, écrivant : « A cette saison, un mouton mort par l'inoculation charbonneuse pure est, déjà après vingt-quatre heures, tout à la fois charbonneux et septique. Le sang contient tout à la fois la bactéridie charbonneuse et le vibrion septique », nous enseignait un moyen sûr pour connaître si le sang dont nous avions fait usage était simplement charbonneux et septique.

« Peut-être que son enseignement n'était pas, ou n'est plus à présent correct?

« Que la seconde série d'expériences de vaccination charbonneuse ait été faite à l'Ecole de Turin *par initiative spontanée* de la commission, et non à la suite d'une demande de Pasteur (comme il est affirmé encore une fois par lui), cela résulte clairement des lettres adressées par lui, en date des 17 mai et 2 juin 1882, au directeur de l'Ecole de Turin; et nous avons raison de nous émerveiller de son insistance voulant *affirmer le contraire de la vérité*. Le professeur Bassi n'a pas dirigé davantage que ses collègues de la commission la seconde série d'expériences de vaccination charbonneuse; il en a donné un compte rendu sommaire par procuration de ses collègues. Ceci dit, la commission répond que la quantité de sang charbonneux inoculée aux deux moutons vaccinés *qui moururent*, a été égale à celle inoculée aux quatre autres vaccinés qui ne *moururent pas*, comme il a été indiqué dans le sommaire *compte rendu* publié.

« L'illustre expérimentateur, en ajoutant qu'à Chartres et à Berne on fit mourir également des moutons vaccinés en forçant volontairement la dose de la matière d'inoculation, paraît vouloir faire une insinuation. Si c'était réellement ainsi, nous nous permettrions de la repousser pour la renvoyer à l'auteur, non sans déclarer, cependant, que *pour la pratique de l'honnêteté scientifique*, nous n'avons pas besoin de professeurs d'éthique, soit voisins ou éloignés, soit nationaux ou étrangers. »

A suivre.

M. P. Vigier, dans un travail récemment publié dans la *Gazette hebdomadaire*, s'élève avec raison contre l'habitude funeste qu'ont certains de nos confrères d'ordonner la pepsine mélangée à d'autres produits. Il ne faut pas oublier que la pepsine est un produit naturel que la plupart des mélanges altèrent et parfois annihilent. Quand on juge utile d'en ordonner l'emploi, il faut la faire employer seule, car alors seulement elle produira tout son effet. Cela ne veut pas dire qu'on ne pourra pas l'employer concurremment avec d'autres médicaments, mais bien qu'elle devra toujours être administrée à part et sans mélange. C'est également avec raison que M. Vigier fait observer que la pepsine anglaise n'a aucune supériorité sur la française ; qu'entre autres la pepsine Boudault ne laisse rien à désirer, et que par conséquent il est antipatriotique d'ordonner la pepsine anglaise au détriment de nos produits nationaux.

Faculté de Médecine de Paris

SUJETS DES THÈSES POUR LE CONCOURS D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.

I. — *Chirurgie.*

MM. Duret. — Des variétés rares de la hernie inguinale.
Nélaton. — Du tubercule dans les affections chirurgicales.
Rohmer. — Du sarcocèle syphilitique.
Piéchaud. — Traitement du cancer du rectum.
Lagrange. — Traitement de l'ankylose du genou.
Baudry. — Traitement de la scoliose.
Pollasson. — Traitement de l'anus contre-nature et des fistules stercorales.
Schwartz. — Des différentes espèces de pied-bot et de leur traitement.
Etienne. — Parallèle des différentes tailles vésicales.
Campenon. — Du redressement des membres par l'ostéotomie (anatomie pathologique.)
Segond. — Cure radicale des hernies.
Dubar. — Anatomie pathologique des ostéites.
Baraban. — Des résultats éloignés des résections des grandes articulations.
Sabatier. — Des méthodes antiseptiques chez les anciens et les modernes.
Kirmisson. — Des modifications modernes de la lithotritie.
Dupau. — De l'intervention chirurgicale dans le cancer du tube digestif, à l'exclusion du rectum.
Chandelux. — Des synovites fougueuses, tendineuses et articulaires.

II. — *Accouchements.*

MM. Bar. — Des méthodes antiseptiques en obstétrique.
Maygrier. — Des formes diverses d'épidémies puerpérales.
Poullet. — Des diverses espèces de forceps; leurs avantages et leurs inconvénients.
Ribemont. — De la délivrance par traction et par expression.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 13 au 19 avril 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès: 1,342. — Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 16. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 17. — Diphthérie, croup, 49. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 63. — Phthisie pulmonaire, 263. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 47. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchites aiguës, 58. — Pneumonie, 145. Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 47; au sein et mixte, 23; inconnus, 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 124; circulatoire, 83; respiratoire, 105; digestif, 51; génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 4. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 8.

Résumé de la 16e semaine. — Il a été notifié, au service de la statistique municipale, pendant la période du 13 au 19 avril, 1,312 naissances et 1,342 décès.

Ce chiffre est supérieur à la moyenne des décès enregistrés pendant les quatre dernières semaines, qui est de 1,300.

La comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir une aggravation pour toutes les maladies épidémiques : Fièvre typhoïde, 36 décès au lieu de 25 ; Variole, 16 au lieu de 9 ; Rougeole, 31 au lieu de 23 ; Coqueluche, 17 au lieu de 9 ; Diphthérie, 49 au lieu de 35.

La situation hebdomadaire des hôpitaux accuse également une aggravation pour la Variole (55 admissions pendant la période du 9 au 15 avril, au lieu de 34 et de 26 pendant les périodes précédentes) et la Diphthérie (31 au lieu 25), seule les admissions pour Fièvre typhoïde ont été un peu moins nombreuses (48 au lieu de 53).

La recrudescence inattendue de la mortalité (le chiffre de 1,342 décès n'avait pas encore

été relevé cette année) est le fait non seulement des maladies épidémiques mais surtout de la phthisie pulmonaire et des maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil cérébro-spinal.

La mortalité dans les capitales de l'Europe.

Le relevé des décès survenus dans les capitales de l'Europe pendant le premier trimestre de l'année courante fournit des comparaisons intéressantes.

C'est à Londres (population de près de 4 millions d'habitants) que le taux de la mortalité est le plus faible : 22.1 pour mille habitants. Mais trois maladies épidémiques, la Rougeole, la Scarlatine et la Coqueluche y occasionnent un nombre de décès relativement considérable.

C'est à Saint-Pétersbourg que le taux de la mortalité est le plus élevé : 40.6 pour 1,000 habitants. La Fièvre typhoïde et la Diphthérie y sévissent avec une assez grande intensité.

Les autres capitales se classent comme suit selon leur taux de mortalité pour mille habitants :

Berlin, 24.3. Le Croup a causé dans cette ville, pendant les trois premiers mois de l'année, 663 décès pour une population de 1,200,000 habitants ;

Bruxelles.......... 25.7;
Paris............. 27.3;
Stockholm......... 27.8;
Vienne............ 31.1;
Madrid............ 36.4. La mortalité dans cette capitale est toujours très élevée. La Rougeole, à elle seule, y a occasionné 402 décès pendant cette même période, chiffre énorme pour une population de 400,000 habitants.

COURRIER

La pension de M. Pasteur. — Il est question d'un projet de loi que le ministre de l'instruction publique déposera sur le bureau de la Chambre, à la rentrée du Parlement, et ayant pour objet de porter de 12,009 à 25,000 fr. la pension annuelle que l'Assemblée nationale a accordée à M. Pasteur. La pension sera en outre reversible sur la femme et les enfants du savant chimiste.

— Par décret en date du 16 avril, MM. Monteils, Saussol, Soyez, Le Poil, Lacaille, Hantz, Toulouze, Michel, Delsoll, Boy, Joubier, Longbois, de Brunel de Bonneville-Colomb, Tripier et Weiss sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le corps des officiers de réserve.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Bichat), le mercredi 2 mai 1883, à 8 heures 1/2 du matin, et les continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— Les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées au maladies des femmes.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 27 avril, à 9 heures, à l'amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Il s'occupera spécialement des maladies éruptives.

Examen des malades à la consultation le jeudi.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 28 avril 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Lecture à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, par M. le docteur Apostoli d'un mémoire intitulé : Sur un nouveau procédé de faradisation utérine. — 2° Note sur un traitement spécial de la teigne par M. Ladrei de Lacharrière. — 3° Communications diverses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ

LEÇONS SUR LE STRABISME

Faites à l'Hôtel-Dieu par le professeur PANAS,

recueillies par F. DE LAPERSONNE, interne du service.

Messieurs,

Parmi les malades qui fréquentent notre consultation, vous avez remarqué le grand nombre de sujets atteints de strabisme, qui viennent nous demander de corriger leur difformité. Vous avez vu que, depuis plusieurs mois, j'apporte à leur observation une attention toute particulière, et que j'essaie de grouper les différents types de cette affection.

Cette étude si intéressante, je l'ai faite une première fois, il y a onze ans, dans mon cours de la Faculté de médecine (1). Depuis cette époque, j'ai vu beaucoup de malades atteints de strabisme, j'ai continué à les observer avec soin, et c'est le résultat de mes réflexions que je désire vous présenter.

Mes conclusions restent les mêmes dans leur ensemble : j'éviterai donc, autant que possible, les redites. Mais la science a marché, et c'est, pour ainsi dire, un complément que je vais vous exposer. Je tâcherai d'être concis au point de vue théorique ; mon rôle, dans cette chaire, étant surtout d'étudier les questions cliniques.

Il n'est pas douteux que de toute antiquité le strabisme ait frappé les observateurs. Cependant les anciens ne nous ont laissé que peu de chose sur ce sujet, et la

(1) *Leçons sur le strabisme et les paralysies oculaires.* Paris, 1873 ; in-8°.

FEUILLETON

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE DE PENSACOLA ET LES QUARANTAINES MARITIMES

(d'après le rapport de M. E. BOUVIER, de Pensacala (Floride).

C'était une grave épidémie de fièvre jaune qui désolait, en août et en septembre 1882, la ville de Pensacola, dans la Floride. Jusqu'à ce jour les renseignements parvenus en Europe étaient peu nombreux. On connaissait bien par les journaux politiques les sinistres ravages de cette maladie ; mais on en ignorait la marche et le véritable génie morbide. Cependant, les épidémies de fièvre jaune de la côte atlantique des Etats-Unis sont plus redoutables que celles des pays maritimes de l'Amérique du sud. Elles débutent, en effet, pendant la saison chaude, correspondant à notre été, à la différence des épidémies de l'hémisphère austral dont les mois de grande chaleur sont ceux de notre hiver et de notre printemps. Elles pourraient donc devenir plus menaçantes pour l'Europe que celles des pays transéquatoriaux.

Un des lecteurs assidus de l'UNION MÉDICALE, qui est aussi un habile observateur, habitué au diagnostic et au traitement des maladies tropicales, nous adresse, et nous l'en remercions, l'extrait d'un rapport, encore inédit, qu'il vient de faire sur cette redoutable épidémie. La publication de ce mémoire par le gouvernement de Washington donnera dans quelques jours à ces renseignements une sanction officielle et par conséquent la valeur de documents importants dans l'histoire de la fièvre jaune.

« Le six août 1882, le docteur Bouvier était appelé à bord de la barque italienne *Vincenzo-*

première mention médicale, surtout au point de vue du traitement, nous vient des Arabes. *Rhagès*, *Avicenne* et *El Kendi* parlent du strabisme et conseillent des exercices gymnastiques de l'un ou des deux yeux, suivant que la déviation est unilatérale ou double. D'après leur description, il est probable qu'ils ont cru à une parésie musculaire.

Après ces premiers essais sur le strabisme, il faut arriver au XVIIIe siècle pour voir une étude plus complète sur les causes et le traitement de cette affection. *Saint-Yves* un des premiers ophtalmologistes français, très avancé pour son époque, fait remarquer que la déviation d'un œil tient à deux causes, soit à la rétraction d'un muscle, soit à la paralysie de son antagoniste. Il distingue le strabisme vrai de la paralysie oculaire, en ce qu'il se développe surtout dans le bas âge; il signale déjà l'absence de diplopie chez les strabiques.

Le grand *Buffon* était myope et avait un strabisme externe. En naturaliste, en chercheur, il a étudié sur lui-même cette affection et il est arrivé très loin dans cette étude : si loin même que dans son article du dictionnaire (1), M. Javal cite presque en entier le passage de Buffon. Cette description, dit-il, dispense presque de retracer les traits principaux de cette affection. Ceci est peut-être exagéré; quoiqu'il en soit, Buffon avait bien montré la liaison entre la myopie et le strabisme, il insistait sur l'inégalité de réfraction et d'acuité visuelle des deux yeux.

Jurin avait proposé une théorie du strabisme, d'après laquelle la cause principale serait l'éclairage latéral; les enfants mal placés à côté d'une fenêtre, cherchent la lumière et tournent instinctivement les yeux. Ce n'était là qu'une hypothèse de physicien. Si cette cause était vraie, la déviation oculaire se montrerait dès le berceau; l'observation démontre au contraire que le strabisme survient ordinairement vers l'âge de 2 ou 3 ans. Il y a cependant des exceptions, et ce matin même vous avez pu voir un enfant de 6 mois atteint de strabisme convergent de l'œil droit; mais remarquez que cet enfant a eu une ophthalmie purulente des nouveau-nés; il n'a pu ouvrir les yeux qu'au troisième ou au quatrième mois, et on a vu alors qu'il avait les yeux déviés.

De la Hire avait émis une idée différente, c'est ce qu'il avait appelé l'*incongruence des deux rétines*. Vous savez ce qu'on entend par les points identiques de la rétine. D'après de la Hire, chez certains individus, par une disposition congénitale, les

(1) JAVAL. Art. *Strabisme*, in *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXIII, p. 698.

« *Accami*, venant de Port-Elisabeth et entrée dans le port de Pensacola depuis trente jours, « après une quarantaine d'observation de douze jours, pendant laquelle elle avait été soumise « à la désinfection et aux fumigations habituelles. Le capitaine était malade; comme le cas « était douteux, de l'avis du docteur Hazgis, président du bureau de santé de Pensacola, on « le transporta à terre dans une maison isolée. Cette maison, mise en observation, n'eut « aucun autre malade durant toute la durée de l'épidémie; il en fut de même des maisons « voisines. On crut à une fièvre bilieuse, à laquelle le malade succombait le 12 août. Les « mesures préventives habituelles furent immédiatement prises : désinfection, fumigations, « destruction de la literie, etc.

« Le 9 août, le docteur Hewin, un des confrères de M. Bouvier, était appelé à visiter un « autre malade à bord de la barque espagnole *Saletta*, venant de Matanzas, entrée en rade « de Pensacola le 24 juillet, après un long séjour à la quarantaine et amarrée au quai de « Sullivan. Le cas était grave; dans la soirée du 9, le docteur Hazgis fut appelé par M. Hewin, « et le 12 août le malade succombait. Mais l'autopsie n'ayant pas été faite, le cas fut encore « considéré comme *très douteux.* » Le 13 août, en ville, deux autres malades, les sœurs « Rosario, étaient atteintes, et l'aînée mourut le 19 août.

Le 21 août, un second cas était déclaré à bord de la barque italienne *Vincenzo Accami*, et le malade succombait avec des symptômes plus nets de fièvre jaune. Le navire fut envoyé à la Quarantaine, « où l'autopsie fut pratiquée par les médecins de la station sanitaire, sur l'ordre « du Président du bureau de santé. Le diagnostic fut affiché au *Board of Health.* D'ailleurs, « avant le départ du navire pour la quarantaine, on avait constaté à bord que deux matelots « étaient malades. Ils décédaient quelques jours après, à l'île aux Vaisseaux. »

Le 22 août, un cas léger était constaté sur un pécheur italien, logeant à bord d'une petite

points droits et gauches, les deux macula, par exemple, ne seraient pas géométriquement symétriques, le malade serait obligé de tourner l'œil pour voir avec les deux côtés. Cette théorie a été en partie acceptée par Græfe. J'aurai bientôt l'occasion de vous montrer que cette incongruence rétinienne n'est pas la cause, mais bien l'effet de la déviation oculaire. D'ailleurs ne peut-on pas faire à cette théorie la même objection qu'à la précédente? Le strabisme apparaît vers l'âge de 2 ou 3 ans, lorsque l'enfant regarde, observe, cherche à se rendre compte des objets qui l'entourent.

Le XVIIIe sècle nous a laissé aussi des travaux sur le traitement du strabisme. *Heister* et *Saint-Yves* proposaient l'exercice de l'œil dévié, et pour cela ils avaient imaginé un masque couvrant la figure et les yeux, laissant seulement un trou dans le point qui permettait la correction du regard. Plus tard, le masque fut remplacé par des lunettes qui reçurent le nom de louchettes; il ne faut pas remonter bien loin pour voir l'usage de ces lunettes recommandées contre le strabisme.

Un de mes maîtres, Roux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, avait l'habitude de conseiller l'emploi des louchettes, disant qu'il avait été guéri par ce moyen d'un strabisme dont il était atteint dans son enfance. Roux était, du reste, une protestation vivante de l'efficacité de ce procédé, car il louchait encore beaucoup, bien qu'il se crût guéri.

Buffon s'était rattaché à la gymnastique de l'œil pour faire remonter son acuité visuelle, et pour cela il fermait l'œil sain et exerçait pendant plusieurs heures son œil malade. Je ne saurais vous dire si le moyen avait réussi au grand naturaliste.

Taylor, chirurgien anglais du XVIIIe siècle, proposa le premier la section d'un muscle pour corriger la déviation, et cela à une époque où la ténotomie n'était pas connue en chirurgie. Seulement il ne fut pas heureux dans le choix du muscle à couper, puisqu'il proposa la section du grand oblique. Cette idée fut abandonnée, bien entendu, mais cet essai doit être noté comme un premier pas vers la strabotomie.

Pour le XIXe siècle, les travaux sont tellement nombreux, les théories si diverses, que je croirais abuser de votre attention en vous faisant un historique complet. Nous retrouverons les travaux principaux et les théories au fur et à mesure de notre étude.

DÉFINITION; DIVISIONS. — La définition la plus générale qu'on pourrait donner,

---

goëlette. Ce malade résidait à Pensacola depuis peu de temps. Il guérit dans l'espace d'un septenaire.

« Le lendemain, le docteur Bouvier, était appelé auprès du maître d'équipage de la barque « anglaise *Camby*. Cet individu présentait les symptômes manifestes de la fièvre jaune et « succombait peu de temps après à la station sanitaire, où le Bureau de santé venait de faire « tout de suite remorquer le navire. Le 25, sur la barque italienne *Rosa*, arrivée depuis le « 28 juillet de Cape-Town, et stationnée à une distance de cent cinquante yards du « *Vincenzo-Accami*, se déclarait un autre cas léger en apparence; aussi le navire, étant « chargé, leva l'ancre. Néanmoins, trois hommes moururent en mer, dont le capitaine. »

Le 29, le même médecin voit pour la première fois un autre malade, habitant de Pensacola depuis six ans, et dont la guérison demanda neuf jours. Le 3 septembre, il visitait à bord de la barque italienne *Cattamia-Accami*, arrivée dans le port depuis le 25 août, un matelot atteint, comme les précédents, de symptômes de fièvre jaune et qui se rétablit après dix jours de maladie et une longue convalescence. A bord, un autre matelot fut légèrement malade, mais trois autres moururent après leur transport à l'hôpital.

En ville, les 7 et 8 septembre, deux autres malades, l'un Français, et habitant Pensacola depuis six ans, l'autre Italien, étaient atteints et succombèrent par la suite. Dès lors, la maladie avait nettement pris possession de la ville; elle allait rapidement poursuivre sa marche et faire de nombreuses victimes.

Quelles ont donc été les étapes et l'évolution de cette épidémie nécessairement importée du dehors? « Le premier malade avait été le capitaine du *Vincenzo-Accami*, navire venu de « Port-Elisabeth, port exempt de fièvre jaune. La traversée avait duré cinquante-huit ours, « la quarantaine douze jours; de plus, il était demeuré en rade pendant trente jours dans des

en tenant compte de son étymologie, serait de dire que le strabisme est la déviation anormale de l'œil, ou de son axe, de sa position naturelle.

Le strabisme sera donc interne ou convergent, externe ou divergent, supérieur ou sursumvergent, enfin inférieur. Disons tout de suite qu'on ne rencontre guère que le strabisme horizontal, le supérieur et l'inférieur sont exceptionnellement rares.

Cette définition, un peu vague, n'indique pas la cause; en effet, la déviation d'un ou des deux yeux peut être due à trois causes :

1° La paralysie musculaire peut être la cause de la déviation. C'est le strabisme paralytique dont vous avez vu ce matin même un très bel exemple chez un homme atteint de paralysie des deux moteurs oculaires externes. L'étude de cette variété rentre dans la grande classe des paralysies oculaires, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

2° Le strabisme simple, non paralytique; on l'a appelé aussi actif ou dynamique par opposition avec le précédent. Cette expression doit être abandonnée aujourd'hui, elle doit être réservée à une variété toute spéciale dont je vais vous parler.

3° Le strabisme mécanique dû au refoulement par une tumeur. Tel est le cas pour la malade, atteinte de sarcome du sinus maxillaire, qui présente un strabisme supérieur.

En pratique, lorsqu'on emploie le mot strabisme sans épithète, il est convenu qu'on entend le strabisme simple, celui que nous étudions ici.

Je vous ai dit qu'il était presque toujours horizontal, cependant un certain degré de déviation en haut et en bas pourra se surajouter sans qu'on ait à faire à un strabisme supérieur ou inférieur.

La définition que je vous donnais tout à l'heure est trop vague et nous devons préciser maintenant. Il ne suffit pas que l'axe semble dévié; pour qu'il y ait strabisme, il faut que *les deux lignes visuelles ne se coupent pas sur un même point de mire*, il faut que le malade soit réduit à la vision monoculaire.

Vous savez que, pour regarder de loin ou de près, les yeux vont du parallélisme à la convergence de leurs lignes visuelles. Supposez donc un malade ayant l'apparence d'une déviation, convergente ou divergente; si l'entrecroisement des deux lignes visuelles sur un point de fixation n'est pas détruit, il n'y aura pas strabisme, ou du moins, on aura affaire à la variété dite *strabisme faux ou apparent.*

Tout au contraire, vous verrez des individus n'ayant aucune assymétrie apparente

---

« conditions hygiéniques relativement bonnes. Il est donc difficile d'admettre que ce navire a « contracté la maladie en passant sous les tropiques; l'incubation a été bien longue. »

En même temps que le docteur Bouvier observait le premier cas douteux à bord du *Vincenzo-Accami*, son confrère, le docteur Hewin, constatait la même maladie sur le capitaine de la barque *Saletta*. Or, les capitaines des deux navires étaient en rapport d'intimité et des visites fréquentes avaient été échangées entre eux. D'autre part, la femme Rosario, mère des deux jeunes filles atteintes les premières dans la ville, lavait, avec ses enfants, le linge des officiers du *Vincenzo-Accami*. Le matelot de la *Saletta* fut donc la première victime; le capitaine du *Vincenzo-Accami* succomba ensuite, ainsi que l'aînée des filles Rosario qui avait été en contact avec lui. Quant aux autres victimes, toutes avaient été en relations directes soit avec le navire *Vincenzo-Accami*, soit avec la famille Rosario. Or, la barque *Saletta*, sur laquelle se déclara le premier cas, et à bord de laquelle le second du *Vincenzo-Accami* se rendait souvent, venait de Matanzas, dans l'île de Cuba, port où la fièvre jaune est endémique à cette saison de l'année. Sa traversée avait duré quinze jours, sa quarantaine vingt jours et son séjour en rade deux septenaires quand se déclara le premier cas, origine de toute l'épidémie. Mais reprenons le récit de cette épidémie.

« A dater du 9 septembre, la fièvre jaune s'est développée avec une effrayante rapidité, « frappant de tous les côtés à la fois, mais de préférence les individus non acclimatés ou obser- « vant une mauvaise hygiène et surtout les alcooliques, pour lesquels elle fut presque tou- « jours mortelle. Pendant les dix premiers jours, le caractère de l'épidémie était assez bénin, « et ses victimes étaient surtout les blancs. » Durant les deux septenaires suivants, il n'en fut plus de même; la malignité augmentant, la population de couleur fut atteinte, et parmi elle les ravages furent considérables.

dans les yeux, mais faites leur fixer un objet et bientôt vous les verrez loucher. Souvent la déviation est difficile à constater, mais les malades vous diront qu'ils voient trouble, et si ils précisent davantage, qu'ils voient double : ces phénomènes surviennent toujours à la suite d'une fatigue des muscles pendant l'accommodation prolongée; chez les uns ils surviennent quand il fixent longtemps un objet rapproché, ce sont des myopes; chez les autres quand ils regardent au loin, ce sont des hypermétropes. On est alors en présence du *strabisme intermittent ou périodique.*

Cette variété n'est pas seulement une maladie très curieuse, très intéressante au point de vue de la recherche des vices de réfraction, mais c'est aussi le premier degré du strabisme permanent. Chez les enfants on ne peut guère avoir de renseignements, mais chez les adultes on peut s'assurer que, par la répétition de ce jeu très fatiguant de l'accommodation, un des deux yeux renonce à ne plus fixer et se dévie définitivement.

Mais cette variété même de déviation intermittente est précédée par une gêne, une fatigue, quelques troubles de la vue, sorte de strabisme en germe. Examinez ces malades, vous verrez qu'ils ont de l'affaiblissement, de l'asthénopie musculaire, et si vous faites ces recherches avec le prisme, vous trouverez qu'ils ont de la diplopie. Au moyen du prisme, non seulement nous constatons, mais encore nous pouvons mesurer le degré de cette diplopie. Quel est donc ce strabisme que nous n'arrivons à découvrir que par un artifice d'optique? Græfe lui avait donné le nom de *strabisme latent* ou *dynamique.*

Nous pouvons donc établir une sorte de gamme. Au premier degré, le strabisme latent, le malade est en puissance de devenir strabique; à un degré plus élevé, le strabisme intermittent ou périodique; enfin, le strabisme fixe.

Cette division ne suffit pas encore. En effet, les uns dévient toujours le même œil, c'est le *strabisme fixe*, unilatéral, forme la plus commune. D'autres regardent indifféremment avec l'œil droit et avec l'œil gauche, c'est le *strabisme alternant.* Cette forme est très rare, si on entend par là que le malade regarde aussi souvent avec un œil qu'avec l'autre; presque toujours, il y a un œil plus compromis.

On a agité la question de savoir si on louche d'un œil ou des deux yeux, si le strabisme est *unilatéral* ou *double.* Au point de vue apparent, il semble que le strabisme double est la règle, mais si nous revenons à notre définition, qui est la bonne, nous disons que le strabisme double n'existe pas, l'œil correct sera celui qui regardera un objet placé droit devant lui. C'est la conclusion à laquelle était arrivé Græfe.

Dans le tableau statistique qui accompagne son rapport, le docteur Bouvier signale parmi les 317 cas qu'il a traités (132 chez les blancs et 185 chez les nègres) 14 décès seulement. Les malades qui survécurent présentèrent la forme moyenne (146), infectieuse (17) ou bien grave (154). 163 étaient âgés de 21 à 30 ans, 58 de 31 à 40 ans, 40 de 1 à 10 ans, 39 de 11 à 20 ans, 15 de 41 à 50 ans, 1 seul avait dépassé 51 ans. Le traitement consistait dans la diète, l'emploi des purgatifs, de l'aconit, de la belladone, de l'esprit de nitre dulcifié, et, après la période pyrétique, l'usage des toniques et des reconstituants.

En terminant, le docteur Bouvier réclame avec raison l'adoption de mesures rigoureuses à l'égard des vaisseaux qui traversent l'Atlantique tropical, à savoir : quarantaines sévères pour tout navire suspect ou infecté; bonne hygiène; désinfection sérieuse de la cale, des chambres des officiers et de l'équipage, de la literie et des hardes. Et, en effet, comme le montre à nouveau l'épidémie de Pensacola, que la fièvre jaune ait ou non son origine première dans le milieu nautique, elle a bien quelque droit de prétendre au nom de « fièvre nautique des tropiques »; car le milieu nautique est admirablement constitué pour en conserver les germes et en assurer la transmission.

Le mémoire de M. le docteur Bouvier, pour venir de loin et avoir traversé l'Atlantique, n'est donc pas de provenance *suspecte*; la bacterie du parti pris et de l'erreur ne l'a pas infecté; il aura donc, dans le procès des quarantaines, toujours en instance entre les hygiénistes, la valeur d'un témoignage sincère et vraiment scientifique.

C. Eloy

Mais, de ce qu'il n'existe pas au point de vue théorique, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue clinique, opératoire, pour corriger la dysmorphie, il faut tenir compte du strabisme double. Cela est si vrai que vous verrez les strabiques prendre une attitude spéciale. Pour regarder en face, ils sont obligés de contracter un des muscles, mais bientôt la fatigue survient et instinctivement ils tournent la tête et abandonnent la vision binoculaire. Si il veut suivre un objet, lire des lignes d'écriture, vous remarquerez qu'il fait moins de mouvement des yeux que des mouvements de la tête.

D'après ce qui précède, vous pouvez juger combien la question du strabisme est complexe, et combien il est important de la bien connaître pour appliquer un traitement rationnel. C'est pour avoir méconnu ces conditions diverses que de grands chirurgiens, tels que Roux, Velpeau, Bonnet (de Lyon) sont arrivés à discréditer une opération excellente, la strabotomie. Il n'y a guère qu'une quinzaine d'années qu'elle est de nouveau en faveur, grâce à une étude plus complète des indications opératoires.

Arrivons maintenant à l'étude des diverses variétés de strabisme et commençons par le strabisme faux ou apparent.

(La suite dans un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 avril 1883. — Présidence de M. Blanchard.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de deux lettres par lesquelles MM. les professeurs Sappey et Richet se portent candidats dans la section de médecine et de chirurgie en remplacement de M. Sédillot; puis il annonce la mort de M. Roche, de Montpellier, correspondant de la section d'astronomie.

M. Hervé-Mangon dépose sur le bureau, de la part de M. Allard, le tableau météorologique du littoral de France. Les observations ont été prises, trois fois par jour, dans quatre-vingts phares.

M. Cosson renouvelle les objections qu'il a déjà opposées au projet de la mer intérieure qu'il s'agit d'établir dans les chotts africains. La principale nous paraît consister dans la longueur du canal de communication qui devra avoir 224 kilomètres et être large de 25 à 30 mètres. La dépense pour le creusement s'élèverait, selon l'estimation de M. de Lesseps, à la somme de 150 millions. M. de Lesseps n'est pas homme à s'effrayer de si peu!

L'Académie désigne, par la voie du scrutin, deux candidats à la place vacante dans le bureau des longitudes par suite de la mort de M. Liouville. Les sections d'astronomie, de géométrie et de mathématiques proposaient : En première ligne, M. Ossian Bonnet; en deuxième, M. Résal.

L'Académie, par ses votes successifs, confirme ce classement, et la liste sera présentée, sans modification, à M. le ministre.

M. H. Bouley, au nom de M. le docteur Burq, présente une note relative à l'indemnité dont jouissent, à l'égard du choléra et de la fièvre typhoïde, les ouvriers qui travaillent le cuivre. Dans les idées de l'auteur, et peut-être dans celles aussi du présentateur, des quantités infinitésimales de cuivre pourraient rendre les liquides de l'organisme impropres à la culture des microbes qui engendrent et le choléra et la fièvre typhoïde.

M. Paul Bert, de la part de M. Raphaël Blanchard, dépose sur le bureau une note concernant les glandes digestives chez les poissons.

Dans le compte rendu des travaux du service du phylloxera pour l'année 1882, publié par les soins du ministre de l'agriculture, nous avons remarqué particulièrement le rapport de M. Georges Couanon, délégué régional du ministère, sur la situation phylloxérique dans la région de l'ouest, Après avoir exposé ce qui s'est produit et ce qu'on a fait dans les départements de Seine-et-Marne, du Loiret, de Loir-et-Cher, de l'Indre, d'Indre-et-Loire, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Vienne, de la Haute-Vienne, de la Corrèze, des Charentes, de la Dordogne, de la Gironde, de Lot-et-Garonne, de Tarn-et-Garonne, du Gers, des Landes, des Basses-Pyrénées et des Hautes-Pyrénées (on voit que le champ d'observation était vaste). M. Couanon formule la conclusion suivante : « La campagne de 1882 a été bonne au point de vue de l'exemple. Il reste encore beaucoup à faire; néanmoins, on peut regarder l'avenir

avec confiance. Il ne semble point téméraire d'avancer, qu'aidée des lumières de la science et avec le concours de toutes les énergies, la viticulture sortira bientôt triomphante de la crise qui l'étreint depuis plusieurs années. » Puisse Bacchus, le Dieu consolateur et redoutable, réaliser cette espérance!

Voici le texte même de l'important mémoire lu par M. Richet sur l'évolution de la pustule maligne chez l'homme et son traitement par les injections iodées.

« Les beaux travaux de Davaine et de M. Pasteur ont établi d'une manière incontestable que chez l'homme la pustule maligne reconnaît pour cause la pénétration à travers une effraction de l'épiderme, de la bactéridie charbonneuse, qui prolifère d'abord sur place, puis, après un temps variable, finit par infecter l'organisme.

Je viens d'observer, dans mon service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, deux faits qui jettent peut-être quelque lumière sur les phases restées jusqu'ici assez obscures de cette double évolution, pullulation sur place, puis infection générale; ces faits offrent, en outre, une certaine importance au point de vue du traitement par les injections iodées.

En 1880, entrait à l'Hôtel-Dieu un boucher atteint de pustule maligne à la joue droite. Avant tout traitement, je fis recueillir simultanément du liquide séreux autour de la pustule, puis du sang au doigt indicateur. Les animaux inoculés avec ces liquides, sérum de la pustule ou sang, succombèrent tous à l'infection charbonneuse.

Le malade fut traité énergiquement : je pratiquai autour de la pustule des injections d'iode, puis la cautérisation ignée. Efforts inutiles! Les symptômes locaux parurent s'apaiser; mais les phénomènes généraux s'aggravèrent et le malade succomba en quarante-huit heures.

Ainsi, devant une infection généralisée, le traitement local a complètement échoué.

En 1883, une autre occasion se présenta de mettre de nouveau la méthode iodée à l'épreuve.

Un boucher qui avait porté, le col découvert, des viandes saignantes, dans la journée du 28 février, entra à l'Hôtel-Dieu le 5 mars 1883. Le 1er mars, il avait découvert sur sa joue un petit bouton qui devint rapidement assez gros. Le 5 mars, se sentant fort malade, brisé, courbaturé, il arrivait à l'hôpital dans un état de terreur difficile à décrire.

Les symptômes généraux étaient graves : la température axillaire à 39,9, le pouls à 108, la soif intense, l'abattement extrême. L'œdème qui entourait la pustule était dur et douloureux; le gonflement s'étendait à la face et au cou; les glandes lymphatiques derrière la mâchoire étaient gonflées et douloureuses. Ni le sang, ni le sérum de la pustule ne montraient de bactéridies, mais dans le sérum existaient des spores et des granules.

Je pratiquai autour de la pustule huit injections de teinture d'iode mélangée avec deux tiers d'eau, et je recommençai le soir de ce même jour la même opération.

Le lendemain, l'état général est devenu bien meilleur. Le pouls est à 88, la température à 38,4. Néanmoins, je refis une nouvelle injection iodée. Le surlendmain, 7 mars, le malade semble être revenu à l'état normal; la température tombe à 37. Le pouls est à 60.

Les jours suivants, l'amélioration est définitive; l'eschare de la pustule tombe et laisse une plaie très étendue, qui témoigne de la violence de la virulence charbonneuse.

Voici maintenant le résultat des cultures et des inoculations faites avec les liquides pris autour de la pustule avec le sang :

1° Les liquides pris autour de la pustule et inoculés à des cobayes ont à *tous* communiqué l'infection charbonneuse ;

2° Ces liquides ont donné naissance à des générations de *Bacillus anthracis*, qui ont à leur tour déterminé le charbon;

3° Le sang pris au doigt du malade n'a fourni que des résultats négatifs;

4° Les liquides recueillis autour de la pustule après que les injections iodées ont été faites n'ont donné que des résultats négatifs, ce qui prouve péremptoirement l'action neutralisante et préservatrice de cette médication.

Ces deux faits portent avec eux plusieurs enseignements.

Le premier démontre que, si les bactéridies ou leurs spores ont déjà pénétré dans le sang, en un mot si l'infection général a commencé, tout traitement local est insuffisant.

Le second prouve au contraire que malgré la virulence extrême de l'intoxication charbonneuse, alors qu'il n'y a pas encore infection général, on peut enrayer le mal par uns action locale énergique. L'action antiseptique de la teinture d'iode est bien mise en évidence.

Toutefois la température élevée de 40° doit donner à réfléchir. Pourquoi cette intensité des phénomènes généraux, cet abattement des forces, ce malaise général? Peut-on affirmer, malgré le résultat négatif des inoculations et des cultures, qu'aucun germe n'avait encore pénétré dans l'organisme? C'est là un point très douteux et d'une extrême importance, sur lequel il me sera permis d'appeler l'attention.

Quelques remarques sont encore à faire sur le traitement par les injections iodées. C'est Davaine qui, le premier, en 1873, dans une communication lue à l'Académie, conseilla l'em-

ploi de l'iode. Depuis, à de rares intervalles, ses conseils furent mis en pratique avec des succès divers par quelques chirurgiens et vétérinaires, parmi lesquels il faut citer M. Stanis Cézard et M. J. Chipault; mais dans aucun cas, il n'y eut d'amélioration aussi rapide que dans l'exemple que je viens de rapporter.

De tous les traitements employés jusqu'ici, ce traitement par les injections iodées est le moins douloureux, le moins destructeur et le plus certain.

La conduite du médecin en présence d'une pustule maligne se trouve donc désormais toute tracée et simplifiée.

Il doit d'abord, autant que possible, s'assurer, par des inoculations et par l'examen microscopique, de la réalité du mal, de sa localisation ou de sa diffusion; puis, et sans attendre le résultat de ses expériences, il injectera 4 gr. à 8 gr. de teinture d'iode iodurée, mélangée avec 2 volumes d'eau, par six à huit piqûres, formant un cercle délimitant la pustule et l'œdème qui l'entoure.

Ces injections seront répétées plusieurs fois par jour, et pendant plusieurs jours, quelle que soit la marche de la maladie, qu'elle rétrograde ou qu'elle progresse.

Au cas où l'infection serait générale, il faudrait avoir recours à l'iode administré à l'intérieur. Quant aux injections iodées intra-veineuses, faites dans le but de poursuivre la destruction des bactéridies dans le sang même, personne, que je sache, n'a encore osé les pratiquer sur l'homme. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. Peter continue ainsi :

Je crois qu'après cette lettre de savants vétérinaires étrangers, je n'ai rien à ajouter. Cependant je ne peux m'empêcher de relever ce singulier argument, que j'ai été chercher, pour vous combattre, monsieur, des documents hors de France. D'abord, il fallait bien que je les prisse où ils étaient, aussi bien en Allemagne qu'en Italie, aussi bien en Italie qu'en France. On ne peut vraiment pas admettre que les savants de l'Europe se sont ligués contre vous, pas plus qu'on ne peut admettre que certains vétérinaires français, tels que M. Weber, par exemple, soient vos adversaires de parti pris.

Dans une autre partie de votre discours, vous dites, monsieur :

« Et quand on est à la veille peut-être de résoudre la question de l'étiologie de cette maladie par la *microbie*, M. Peter commet ce blasphème médical de dire (*sic*) : « Eh! que m'importe vos microbes? Ce ne sera qu'un microbe de plus ! »

J'ai dit et je le répète, que toutes ces recherches sur le microbe ne valaient ni le temps qu'on y passe, ni le bruit qu'on en fait; et, qu'après de tels labeurs, il n'y aurait rien de changé en médecine, il n'y aurait que quelques microbes de plus.

Et là-dessus, je vous ai acculé, monsieur, à la doctrine de la spontanéité morbide, à laquelle vous aboutissez aussi fatalement qu'inconsciemment. A cela, vous vous êtes bien gardé de répondre : vous ne le pouviez pas.

N'est-ce pas, en effet, aboutir à la spontanéité morbide que de reconnaître, comme vous le faites (et vous ne pouvez vous y soustraire), que de reconnaître, à propos du typhus des camps, que « l'homme porte sur lui ou dans son canal intestinal les germes des microbes, sans grand dommage (c'est sans *aucun* dommage que vous devriez dire), mais prêts à devenir dangereux, lorsque, par des conditions d'*encombrement*, dans des corps affaiblis ou autrement, leur virulence (mais c'est précisément cette *virulence* PROPRE *au microbe* qui est en question!!!), leur virulence se trouve progressivement transformée ». N'est-ce pas reconnaître ici, en effet, que c'est l'homme *affaibli* ou placé dans de mauvaises conditions hygiéniques qui *donne* à son germe microbien sa virulence, qui le *fait* virulent, de sorte qu'en définitive, c'est le malade qui fait sa maladie.

Vous avez pris ici l'effet pour la cause, ainsi qu'il vous arrive si souvent, monsieur, quand vous parlez des choses de la médecine. Vous connaissez les belles recherches de M. Béchamp sur les *microzymas* et les *bactéries*, les non moins belles recherches de M. Ch. Robin sur les *germes*, et les expériences démonstratives de M. Onimus sur la dialyse des liquides infectieux; recherches et expériences qui prouvent que nous sommes non seulement entourés de bactéries inoffensives, mais farcis de ces mêmes bactéries également inoffensives; qu'ainsi ces bactéries ne deviennent éventuellement morbides *qu'*EN *nous et* PAR *nous*.

Vous pouvez lire la réfutation de toutes vos doctrines dans le magnifique travail de M. Bé-

champs (1), mais laissez-moi vous citer ici ce que dit à propos des germes un savant illustre, M. Ch. Robin, qui sait ce qu'il dit quand il parle de médecine.

« Nous verrons que jusqu'à présent, dans l'observation des poussières, on n'est jamais encore tombé sur des *germes nocifs* ou *meurtriers*. On n'a trouvé, dans ceux de l'air qui ont été soumis à la culture, que des *inoffensifs* seulement. On n'a trouvé, cultivé et inoculé en fait de cryptogames meurtriers, virulents ou autres, que ceux recueillis sur des malades ou des cadavres dans lesquels l'action pathogénique antécédente et la mort ont été SUPPOSÉES dues à ces cryptogames parasitaires. On est, par suite, obligé de croire que ces *levures* ou ferments *entrés inoffensifs sortiraient* MEURTRIERS, *virulents*, etc., de l'organisme mort, ou encore vivant, mais malade, varioleux, cholérique, etc. Ce ne pourrait être ici qu'en raison de leur imbibition molécule à molécule, ou pénétration nutritive, par de la substance même de l'animal devenue virulente, laquelle assimilée par les cryptogames, inoffensifs avant, conserverait en eux *sa virulence*, la communiquerait même à la leur, pendant et après chaque culture successive. Le cryptogame entré en tant que *levure* ou *ferment* inoffensif en sortirait doué de propriétés *virulentes* rubéolique, variolique, infectieuse, cholérique, vénérienne, syphilitique, c'est-à-dire en sortirait *ferment* ou *levure* virulent infectieux.

« En résumé, dit M. Ch. Robin, nous voyons :

« 1° Que, pour Tyndall, le corps est ouvert à l'entrée et fermé à l'issue des germes;

« 2° Que, pour M. Pasteur, il est fermé à l'entrée (sauf le cas des plaies) avec issue possible, par les reins, de ces mêmes germes;

« 3° Que, pour M. Chauveau, le corps serait aussi apte à leur sortie qu'à leur entrée. »

(C'est la confusion des confusions !)

« En l'absence de preuves, ajoute M. Ch. Robin, il faut donc être réservé quand on se trouve en face d'autant d'hypothèses qu'il y a de difficultés, et sans que leurs auteurs se préoccupent de savoir si la dernière contredit l'antécédente ou peut tenir devant l'anatomie et l'expérience. »

Voilà comment un vrai médecin parle de ces choses, dont on a dit qu'elles jetaient sur la médecine de si grandes clartés.

M. BOULEY : Et je le maintiens.

M. PETER : Laissez-moi vous rappeler encore les expériences si probantes de M. Onimus, quant à la non-virulence naturelle des bactéries, qui n'ont, en réalité, qu'une *virulence d'*EMPRUNT.

« M. Onimus a montré que du sang venant des individus atteints des affections dites *fièvres typhoïdes* chez l'homme, le porc, le cheval, soumis à la dialyse, donne en quelques heures un liquide rendu lactescent par les bactéries qui s'y développent et qui ne diffèrent pas de celles du sang dont elles ne sont séparées que par le papier dialyseur. Or, injectées sur les lapins, elles restent inoffensives alors que le sang qui a fourni l'eau et les composés dialysables où elles se sont formées reste infectieux (Onimus, *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1875, p. 465). Il en conclut avec raison que ce ne sont pas les bactéries qui sont virulentes, mais le plasma sanguin en entier, altéré de telle ou telle manière. En un mot, *germe* n'est pas synonyme de meurtrier (2). »

Je ne peux m'empêcher de faire observer ici, monsieur, que le procédé de l'atténuation des virus par l'action de la chaleur (c'est-à-dire par le procédé de M. Toussaint) est plus rapide et plus sûr que celui que vous avez voulu y substituer (« par la double action de l'oxygène et du temps »). Il est plus rapide, car il suffit de chauffer le virus; il est plus sûr car on peut, *à volonté* et *au degré nécessaire*, graduer l'action du calorique. De sorte qu'après vos tâtonnements scientifiques, voici qu'on devrait revenir au procédé primitif de M. Toussaint. Cela résulte, évidemment, de la dernière communication de M. Chauveau à l'Institut. Voilà un inventeur (c'est M. Toussaint que je veux dire) qui doit être content!

Je ne veux pas prolonger plus longtemps une discussion qui pourrait être interminable, et je crois devoir en rester là de ma réponse.

Il m'est impossible, cependant, de ne pas dire, en terminant, qu'il ne s'agit ici, ni de M. Pasteur, ni de moi; qu'il s'agit de la médecine menacée par l'invasion des incompétents, des imprudents et des chimériques; c'est pourquoi je suis intervenu; c'est pourquoi j'interviendrai encore et toujours.

Il y a d'ailleurs dans cette affaire trois questions absolument distinctes :

1° M. Pasteur et ses expériences; cela regarde la science pure;

(1) *Les microzymas.* J.-B. Baillière; Paris, 1883.

(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. VIII, article *Germes*, Ch. Robin, p. 585 et 586. — Voir la lettre confirmative de M. Onimus, adressée à la *Gazette médicale*, 1883.

2° Les applications de ces expériences aux animaux; cela regarde les vétérinaires;

3° Les applications de ces expériences à l'homme; cela regarde les médecins. Et je ne peux m'en désintéresser; j'ajoute que je ne le dois pas.

Là, en effet, se trouve un double péril : *péril social*, l'homicide; *péril intellectuel*, la déraison. Déjà à l'étranger on qualifie durement ce que l'on appelle le « fanatisme français pour les microbes. »

M. Bouley : Ils sont trop verts!

M. Peter. Eh bien, il ne faut pas qu'il en soit ainsi! J'ai trop souci de la vraie grandeur de mon pays pour le laisser, sans que j'y résiste, tomber dans la folie du microbe. C'est ma façon, à moi, d'avoir du patriotisme!

En présence de ces exagérations déraisonnables des disciples de M. Pasteur, il n'y a, en effet, que deux partis à prendre : l'indifférence ou la résistance. M. Fauvel qui, du reste, partage mes opinions sur la microbie, semble vouloir opter pour l'indifférence : ces exagérations, cette « *furia* microbienne sont, dit-il, comme un torrent qu'il faut laisser passer. »

Mais, est-ce que si M. Fauvel avait traité par l'indifférence ou le fatalisme le choléra indien, il aurait pris les belles mesures sanitaires dont nous lui sommes redevables et reconnaissants?

Eh bien, il y a une sorte de choléra intellectuel contre lequel il faut aussi savoir prendre des mesures sanitaires : et voilà pourquoi je suis pour la résistance!

Il n'est pas possible, je dis qu'il n'est pas permis de traiter par l'indifférence la déraison médicale; ce n'est pas impunément, en effet, qu'on raisonne mal en médecine ainsi qu'en politique. D'une et d'autre part, toute théorie fausse ou déraisonnable engendre des catastrophes sociales. Aveugle qui ne le voit pas; coupable qui, le voyant, n'y résiste pas! Je ne veux pas être, je ne serai pas ce coupable.

M. Bouley déclare qu'il est de plus en plus étonné de voir un homme comme M. Peter faire une opposition si vive et si persistante à la grande découverte de M. Pasteur relative à la vaccination par les virus atténués. On dirait, à entendre M. Peter, que l'homme et l'animal sont deux êtres complètement différents. Cependant, au point de vue pathologique, comme au point de vue de l'histologie et de la physiologie, l'homme ne diffère pas essentiellement des animaux; il a les mêmes organes, les mêmes tissus, les mêmes fonctions. M. Peter continue à révéler aux yeux surpris de M. Bouley une inconscience étonnante de cette grande découverte qui, en préservant les animaux d'une maladie contre laquelle on était absolument désarmé depuis des siècles, a rendu un immense service à l'agriculture, à la richesse nationale et en somme à l'hygiène publique.

La découverte de l'atténuation des virus est un grand fait au point de vue de la médecine générale et rien ne prouve que, dans l'avenir, ce fait ne pourra pas avoir une application heureuse à la prophylaxie des maladies humaines.

M. Peter ne veut pas admettre l'influence des microbes comme cause des maladies virulentes et contagieuses; il prétend que c'est la maladie de l'homme qui crée la virulence du microbe, sous le prétexte que c'est sur l'homme malade que se développe le parasite. Mais n'est-il pas facile de comprendre qu'un microbe inoffensif sur l'organisme à l'état sain peut devenir extrêmement dangereux dès que ce même organisme est affaibli sous l'influence d'une cause quelconque.

Nous avons tous en nous des microbes qui n'attendent qu'une occasion pour se jeter sur nous comme sur une proie; ils nous respectent tant que nous nous portons bien, prêts à nous dévorer dès que l'occasion leur en est offerte par la défaillance de notre organisme.

Un vétérinaire a découvert que le sang d'animaux asphyxiés devient virulent peu d'heures après la mort, par suite du développement de microbes septiques, et que cette virulence disparaît plus tard dès que le travail de la putréfaction, en s'emparant des tissus de l'animal, a tué les microbes de la septicémie. Ne voit-on pas s'éclairer, par ce fait d'expérience, bien des points obscurs de la pathologie humaine? A la lumière de la doctrine microbienne, la science médicale ne s'illumine-t-elle pas de clartés inattendues? La virulence et la contagion ne deviennent-elles pas saisissables par la découverte de l'élément vivant, principe de cette contagion et de cette virulence? Ne voit-on pas ces microbes se multiplier sous les yeux de l'observateur, dans le liquide nutritif où il a été semé? Ne voit-on pas les microbes conserver, pendant des années, leur action virulente et, au bout de ce temps, inoculés à l'animal, reproduire la maladie avec la même intensité, quel que soit le nombre des cultures successives? Le charbon, le choléra des poules, le charbon symptomatique ne sont-ils pas des exemples mémorables de cette influence virulente du microbe? Un médecin, un professeur, un savant comme M. Peter ont ils le droit de s'opposer à des faits d'expérience, et n'est-ce pas leur devoir de faire concourir tous les éléments de progrès à l'instruction de la jeunesse qu'il a charge d'enseigner?

M. Bouley admet que les doctrines de M. Pasteur aient excité dans certains esprits un enthousiasme qui a pu, dans quelques cas, mériter d'être taxé d'exagération; mais l'exagération n'est pas de la déraison, et ce reproche, adressé surtout à un homme comme M. Pasteur, n'aurait pas dû se trouver sous la plume de M. Peter. Ce qui serait déraisonnable, suivant M. Bouley, serait de fermer systématiquement les yeux devant la découverte de M. Pasteur et de se refuser à en faire profiter la science. (Applaudissements.)

—

M. CORNIL commence une intéressante communication sur les *microbes de la tuberculose*; il la terminera dans la prochaine séance. Nous en donnerons l'analyse dans le Numéro de jeudi prochain.

M. RÉGNAULD lit un travail intitulé : *Recherches pharmacologiques sur le chlorure de méthylène.* Il résulte de ces recherches que le produit employé sons ce nom, comme anesthésique, n'est rien autre chose qu'un simple mélange de chloroforme et d'esprit de bois.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 30 avril au 5 mai 1883.

Lundi 30. — M. Germont : Contribution à l'étude des néphrites expérimentales. (Président, M. Charcot.)

M. Gaillard : De la pleurésie dans le cours de la fièvre typhoïde. (Président, M. Vulpian.)

M. Alloncle : De l'ulcère perforant du duodénum. (Président, M. Potain.)

M. Prost-Maréchal : Contribution à l'étude de la pyohémie. (Président, M. Duplay.)

M. Morin : Essai sur le traitement local de l'acné et de la couperose. (Président, M. Fournier.

M. Gougelet. — Du tremblement. (Président, M. Fournier.)

M. Boursot : Contribution à l'étude des signes du pneumothorax. (Président, M. Hayem.)

Mardi 1er mai. — M. Mériot : De la grenouillette sublinguale. (Président M. Richet.)

M. Ferraton : Des ruptures intra-péritonéales de la vessie. (Président, M. Richet.)

M. Jannin : Considérations sur une forme mal définie de stase biliaire aiguë. (Président, M. Panas.)

M. Pautry : Essai sur le morphœa alba. (Président, M. Brouardel.)

M. Mugnier : Des lésions tardives de l'intestin consécutives au traumatisme de l'abdomen sans trace apparente de contusion sur les parois abdominales. (Président, M. Brouardel.)

Mercredi, jeudi, vendredi et samedi, pas de thèses.

VARIÉTÉS

LES DISPENSAIRES D'ARRONDISSEMENT.

C'est une importante question que celle dont l'honorable Secrétaire général de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, vient de prendre l'initiative dans une communication récente à ses collègues. D'après M. Passant, il serait nécessaire de créer entre l'hôpital et le bureau de bienfaisance, tel qu'il fonctionne, un établissement intermédiaire — la maison de secours modèle — où les indigents trouveraient les ressources thérapeutiques et médicales dont ils ont besoin. C'est là qu'on pourrait traiter des maladies trop légères pour légitimer l'entrée à l'hôpital, ou des affections chroniques de longue durée, qui encombrent les services de maladies aiguës de ces derniers établissements. Dans ces dispensaires, les affections utérines et vénériennes seraient également mieux soignées, grâce aux moyens d'exploration et d'action médicatrice à la disposition des médecins. De plus, d'après M. Passant, les sages-femmes des bureaux de bienfaisance trouveraient au besoin dans le médecin en chef du dispensaire un auxiliaire et un conseil pour les cas difficiles.

Ce projet emprunte une importance à l'honorabilité et à l'autorité du distingué Secrétaire général de la Société médicale des bureaux de bienfaisance. Par son adoption et sa mise à exécution, donnerait-il satisfaction aux besoins des indigents parisiens? Ferait-il disparaître la disproportion fatalement croissante qui existe entre le nombre des lits dans les hôpitaux et le chiffre de la population hospitalisable ? Non, assurément.

La création de dispensaires, pour les affections spéciales, feraient double emploi avec les consultations externes des hôpitaux, dans lesquelles les malades trouvent les moyens médicaux et par les distributions de médicaments, les moyens thérapeutiques désirables. Quant aux consultations spéciales à l'usage des vénériens, cette question se rattache à celle de la prostitution ; or c'est là un objet de vives discussions pour nos édiles ; et bien habile celui qui préjugerait en ce moment des futures conséquences de ces tournois plus ou moins parlementaires dont Vénus fait tous les frais ! En toutes choses, selon la fable, il faut attendre la fin.

Les consultations externes des hôpitaux et la distribution gratuite des médicaments, donnent donc déjà satisfaction à un grand nombre d'indigents. De plus, les maisons de secours qui existent en ce moment dans presque tous les quartiers de Paris, n'ont-elles pas un personnel médical dévoué et dont la valeur professionnelle répond en général aux besoins médicaux des malades ? Ces installations ne sont pas parfaites ? Soit, qu'on les améliore, mais à quoi bon créer un nouveau rouage, ouvrir des dispensaires quand il serait moins onéreux pour budget et plus facile de compléter l'organisation actuelle ? M'est avis, et beaucoup de contribuables partagent cette opinion, que l'administration française et surtout parisienne est assez riche en fonctionnaires sans qu'il soit utile d'en augmenter la hiérarchie en multipliant le nombre des fonctions. — C. E.

FORMULAIRE

LOTION CONTRE LA GALE. — HÉBRA.

Huile de pétrole	60	grammes.
Alcool à 90°	60	—
Baume du Pérou	8	—
Essence de romarin, essence de lavande, essence de citron, *ââ*	3	—

Mêlez en agitant.

On en emploie environ 4 cuillerées, pour une friction générale. — N. G.

COURRIER

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision présidentielle, en date du 19 avril 1883, ont été désignés pour procéder, cette année, à l'inspection générale du service de santé militaire, M. le médecin-inspecteur général et MM. les médecins et pharmacien inspecteurs dont les noms suivent :

I[er] arrondissement : M. Legouest. — II[e] arrondissement : M. Champenois. — III[e] arrondissement : M. Colin. — IV[e] arrondissement : M. Daga. — V[e] arrondissement : M. Baudoin. — VI[e] arrondissement : M. Gaujot. — VII[e] arrondissement : M. Vedrènes. — Inspection pharmaceutique : M. Coulier.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Byasson, ancien pharmacien en chef des hôpitaux de Paris, décédé le 20 avril à l'âge de quarante-trois ans.

HÔPITAL DE LOURCINE. — *Cours clinique de gynécologie et de syphiligraghie.* — M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours le *mercredi 9 mai à neuf heures du matin*, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

NOTA. — Pour assister à ce cours, MM. les étudiants recevront une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

QUELQUES CAS D'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 24 novembre 1882,

Par M. SEVESTRE, médecin de l'hôpital Tenon.

Messieurs,

L'intéressante communication de M. Debove sur l'hystérie chez l'homme m'a rappelé deux malades que j'ai observés l'année dernière à l'hôpital Tenon, et j'ai pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à rapprocher ces faits de ceux de notre collègue. Je ne veux pas, cependant, retracer devant vous l'histoire complète de ces malades, en entrant dans tous les détails de l'observation suivie au jour le jour. Je me propose seulement d'insister sur les traits essentiels et véritablement caractéristiques de leur maladie.

Le premier de ces malades, Haz... (Eugène), tourneur en cuivre, âgé de 22 ans, entra dans mon service le 14 avril 1881, pour une paralysie du bras gauche survenue la veille, d'une façon brusque, mais ayant été précédée d'autres phénomènes nerveux que je dois d'abord résumer en quelques mots.

L'accident le plus ancien dont il ait conservé le souvenir est une perte de connaissance survenue en 1870 pendant le siège de Paris : relevé par des gardes nationaux, il fut conduit à l'hôpital Sainte-Eugénie où il ne revint à lui qu'au bout de deux jours. Cette attaque était survenue subitement, sans avoir été précédée d'aura. En 1874, nouvelle attaque semblable à la première, mais ne se prolongeant pas au delà de quatre à cinq heures. En dehors de cela, rien que de fréquents accès de céphalalgie.

En 1877, survinrent des troubles de la vue, consistant surtout dans des troubles d'accommodation, et aussi des attaques de cécité absolue durant de quelques minutes à une ou plusieurs heures.

Entré au service militaire au mois de novembre 1880, H... fut pris, quinze jours après son arrivée au corps, d'une attaque de cécité qui dura trois heures, et après avoir disparu complètement, se reproduisit à plusieurs reprises dans le courant de la journée. A la suite d'un examen à l'ophthalmoscope, il fut réformé pour « amaurose intermittente ». Il eut depuis cette époque plusieurs attaques semblables, et spécialement, il y a deux mois, une attaque qui se prolongea pendant trois jours; puis tout d'un coup, il reprit l'usage de la vue, mais presque aussitôt, se trouva dans l'impossibité absolue de parler. Il resta huit jours dans cet état, jouissant de la plénitude de son intelligence, mais complètemeni incapable de prononcer le moindre mot; puis la parole revint, mais il cessa de voir. Depuis lors, la même succession de phénomênes s'est reproduite à différentes reprises, alternant d'ailleurs avec des périodes de santé parfaite.

Le 12 avril, H... est pris d'une attaque d'aphasie; il reste ainsi jusqu'au lendemain, puis brusquement recouvre la parole, mais en même temps il s'aperçoit que son bras gauche est absolument incapable d'exécuter aucun mouvement. C'est alors qu'il entre à l'hôpital, et le 14 avril au soir, jour de son entrée, mon interne, M. Ollive, peut constater que le bras gauche est paralysé en résolution et, qu'en même temps, la sensibilité de tout le côté gauche du corps est notablement diminuée, sans être cependant abolie. Le lendemain matin, la paralysie persiste encore, puis pendant la visite, et avant que je ne sois arrivé au lit de ce malade, elle disparaît en quelques instants sans laisser de traces, et sans être suivie d'aucun phénomène nerveux. Du côté gauche du corps, la sensibilité est cependant un peu moindre que du côté droit, sans que cette diminution légère de la sensibilité mérite le nom d'hémianesthésie. Il n'y a aucun trouble des organes des sens. La vision des couleurs est conservée, au moins pour le violet, le rouge, le bleu et le vert; pour les autres couleurs, l'examen n'a pu être

fait. Ajoutons que pour la vision nette des objets, le malade doit porter des verres convergents.

Par l'examen du ventre et du testicule, on constate un phénomène intéressant, surtout si on le compare à ce qui existe chez la femme hystérique. Le ventre est souple et dépressible, mais la compression de la région iliaque gauche, juste au-dessus du canal inguinal est douloureuse, alors que la compression dans le point correspondant du côté opposé ne provoque aucune sensation pénible. La compression du testicule gauche détermine aussi une douleur vive, ou plutôt une sensation particulière, une sorte de souffrance voluptueuse, donnant à la physionomie une expression toute spéciale. Le testicule droit est peu sensible, certainement même notablement moins sensible qu'à l'état normal. En dehors de cela, il n'existe aucun trouble nerveux.

Pendant le temps de son séjour à l'hôpital (du 14 au 28 avril), le malade présenta à plusieurs reprises des accidents analogues, dont la description détaillée serait fastidieuse. Signalons seulement quelques-unes de ces attaques. Un jour (17 avril), il devient subitement aveugle et s'endort dans cet état; le lendemain matin, en se réveillant il voit clair, mais ne peut mouvoir le bras. Au moment de la visite, on applique un aimant sur le bras paralysé et anesthésié; aucune modification ne se produit, et c'est seulement à 4 heures que les mouvements reviennent dans le bras, en même temps que le malade cesse de voir clair; une demi-heure après tout revenait à l'état normal.

Un autre jour (19 avril) on lui place au devant des yeux un objet brillant (chaîne en or) : au bout de quelques minutes, on observe des mouvements saccadés des paupières, des mouvements convulsifs des globes oculaires, du nystagmus, du strabisme, et enfin une perte de la vision, puis après quelques instants la vision reparaît et le bras gauche se paralyse. La même expérience reproduite le 26 avril détermine les mêmes phénomènes, mais sans paralysie.

Enfin, dans une autre circonstance encore, c'est après être resté pendant 12 heures dans l'impossibilité de parler que le malade a senti son bras se paralyser au moment où la parole lui revenait. Après avoir passé quinze jours dans nos salles, le malade est resté comme infirmier dans l'hôpital. Les accidents, bien que moins fréquents, se sont reproduits à des intervalles variables. Depuis le mois de novembre je l'ai perdu de vue.

Messieurs, je ne crois pas que l'on puisse, dans ce cas, hésiter sur le diagnostic, et bien que le malade n'ait jamais présenté d'attaques convulsives, il me semble que le mot d'hystérie est le seul qui puisse caractériser l'ensemble des phénomènes que je viens de décrire, et que je résume ainsi : attaques de paralysie du bras gauche, précédées ou suivies de cécité complète et plus rarement d'aphasie, accompagnées d'hémianesthésie cutanée, avec hyperesthésie du testicule ou du plexus spermatique.

Dans un autre cas que j'ai observé peu de temps après, les phénomènes étaient différents, mais paraissent encore devoir être rattachés à l'hystérie. C'est du reste le diagnostic auquel s'était arrêté notre collègue M. Raymond, qui avait eu ce malade dans son service, et qui en avait présenté l'observation à la Société de biologie dans la séance du 25 juin 1881. Je vous demande la permission de revenir sur cette partie de l'observation, et de l'étudier d'une façon rétrospective d'après les renseignements que nous avait donnés le malade au moment où il était venu dans mon service. Cette histoire ne sera pas sans intérêt, rapprochée des cas de M. Debove.

Cet homme (G... Léon, serrurier, âgé de 25 ans), nous racontait qu'il était entré le 1er avril dans le service de M. Raymond pour une bronchite dont le début remontait au mois de septembre de l'année précédente : il avait eu des hémoptysies, avait maigri, perdu ses forces, et présentait des sueurs extrêmement abondantes. De fait, M. Raymond le considéra comme un tuberculeux. Assez rapidement, cependant, il survint une atténuation des phénomènes pulmonaires, mais les sueurs persistèrent ou plutôt, après avoir été générales, elles ne tardèrent pas à se localiser aux extrémités et particulièrement à la face palmaire des mains et des doigts.

A la même époque, c'est-à-dire vers la fin du mois de mai, il se produisit chez le malade des modifications du caractère, dont il avait du reste parfaitement conscience : les moindres émotions, et même les causes les plus banales, provoquaient chez lui des larmes abondantes et bientôt de véritables crises de nerfs. Dans la soirée du 27 mai, sous l'influence d'une surexcitation inexplicable, il demande impérieusement sa sortie et quitte l'hôpital à 7 heures

du soir; mais à peine est-il dehors qu'il tombe sans connaissance pendant près de deux heures. Rentré à l'hôpital, dans le service qu'il venait de quitter, il présente 3 ou 4 fois par jour, puis à intervalles plus éloignés, des accès qui, dit M. Raymond dans sa communication, sont en tout analogues à ceux qu'on observe chez les femmes; il est à noter, ajoute notre collègue, qu'on peut arrêter ces attaques par la compression du testicule.

A la suite d'une de ces attaques, le malade fut pris d'une contracture occupant tout le côté droit du corps : il raconte parfaitement que le bras et la jambe étaient dans l'extension absolue, et ne pouvaient être fléchis en aucune façon; en même temps, il était dans l'impossibilité de parler, bien qu'ayant conservé l'intégrité parfaite de l'intelligence. Après quelques jours, cependant, et progressivement, la parole revint, et la contracture cessa, mais en laissant une faiblesse musculaire assez prononcée. C'est dans cet état que, au commencement de juillet, le malade entra dans mon service par suite de l'évacuation des salles de M. Raymond. Il présentait donc à ce moment non pas une contracture, ni une paralysie, mais seulement de l'affaiblissement du côté droit. Cet affaiblissement peu marqué dans la situation couchée était surtout manifeste lorsque le malade, debout, essayait de marcher : il était pris alors de tremblements dans les deux jambes et serait tombé si on ne l'avait soutenu. Il existait aussi une hémianesthésie du côté droit, sans troubles de la vision (le malade distinguait parfaitement toutes les couleurs).

Pendant le séjour que fit le malade dans mon service, il présenta surtout deux phénomènes remarquables : le premier, signalé déjà plus haut, consistait dans la production de sueurs extrêmement abondantes, surtout à la paume des mains. Ce phénomène existait déjà depuis un certain temps; car le malade, qui exerçait la profession de serrurier, racontait qu'il avait été obligé de cesser son métier en raison de ces sueurs dont l'action sur le fer avait pour résultat de produire de la rouille.

M. Raymond avait successivement employé contre ces sueurs les injections d'atropine et de duboisine, la galvanisation du plexus brachial et cervical, les applications de glace au niveau de ces plexus; il disait dans son observation avoir obtenu une suppression durable des sueurs, suppression qu'il considérait même comme définitive. Elles avaient reparu, et étaient très abondantes lorsque le malade entra dans mon service. Je fis faire un peu au-dessus du poignet des injections sous-cutanée d'ergotine (une demi-seringue de la solution d'Yvon) et ce moyen amena une diminution manifeste de la transpiration, mais cette diminution ne fut aussi que temporaire.

L'autre phénomene que je voulais signaler consistait dans des troubles de l'urination. A deux ou trois reprises, il y eut une diminution de la quantité des urines, allant presque jusqu'à l'anurie, mais ce fait était tout à fait passager. Le fait habituel, au contraire, était une augmentation des urines, dont le chiffre atteignait, en général, 7 à 8 litres, quelquefois 9 litres ou même 9 litres 1/2. La densité était abaissée en proportion à 1003 ou 1004; cette urine contenait encore une certaine quantité d'urée, souvent 5 à 6 grammes par litre; ce qui faisait par jour une moyenne de 40 à 50 grammes.

Enfin, notons aussi plusieurs attaques survenues à intervalles irréguliers. Le 25 juillet, par exemple, après avoir eu toute la journée une certaine fatigue intellectuelle, de la céphalalgie, il commence vers sept heures du soir par avoir la sensation de mouches volantes, puis est pris de tremblement et d'un sentiment de terreur indicible, il lui semble qu'il va tomber à droite (1), que son lit penche à droite en tournant de droite à gauche; il se cramponne pour ne pas tomber et demande qu'on lui mette la camisole de force. A huit heures, il perd connaissance, se débat dans son lit, brise les liens de la camisole de force, et tombe par terre, puis après quelques heures d'agitation, il s'endort.

A quatre heures du matin, il se réveille, n'ayant gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé, et présente dès ce moment une contracture de la jambe droite, contracture tétanique et impossible à vaincre.

Dans la journée, l'urine est rendue en quantité beaucoup moindre que d'habitude (à peine 800 C. C.) et les sueurs sont très abondantes; mais, les jours suivants, le chiffre de l'urine atteint huit litres, puis neuf litres et demi. La contracture diminue progressivement et cesse le 30 juillet.

A la suite des autres attaques, il y eut également en général une diminution des urines.

Vers la fin de septembre, les attaques s'accompagnent aussi de délire, de cauchemars, d'hallucinations, qui bientôt en viennent à se manifester non plus seulement à l'occasion des attaques, mais dans leur intervalle. Le 1er octobre, il se lève la nuit et cherche à étrangler un de ses voisins. Cet état délirant augmente de jour en jour, et devient tel que le malade est dirigé sur l'asile Sainte-Anne le 18 octobre.

(1) Cette sensation de vertige unilatéral, si l'on peut ainsi dire, a été notée par le malade dans la plupart de ses attaques.

Enfin, Messieurs, j'ai observé, ce matin même, chez l'infirmier de ma salle de femmes, des phénomènes qui peuvent aussi être rapprochés de l'hystérie, mais dont l'interprétation est cependant discutable, et dont la valeur est par suite beaucoup moindre que dans les deux cas précédents.

Cet homme me consultait pour des douleurs de ventre, douleurs sans grande importance et paraissant dues à une constipation habituelle, lorsqu'au cours de l'examen, et au moment où je lui demandais si la pression sur le ventre était douloureuse, il me dit qu'il était insensible de tout le côté droit. L'examinant alors à ce point de vue, je constatai une anesthésie complète affectant tout le côté droit du corps, mais exactement limitée à ce côté. Non seulement les sensations ne sont pas perçues, mais on peut traverser avec une épingle la peau des membres ou du tronc, piquer la peau de la face, sans que le malade accuse la moindre douleur, ou même sans qu'il paraisse s'en apercevoir. La conjonctive, la muqueuse nasale, la muqueuse buccale du même côté sont aussi insensibles, et la sensibilité spéciale paraît également abolie. Cet homme ne distingue par la saveur des substances amères ou sucrées appliquées sur le côté droit de la langue, et il ne paraît guère impressionné non plus par les émanations d'un flacon d'ammoniaque placé sous la narine droite.

Le malade distingue les couleurs, mais ne répond que lentement et avec une certaine hésitation. Il faut tenir compte, je crois, jusqu'à un certain point, de ces hésitations qui pourraient être un indice de simulation. Je dois ajouter que la compression du testicule droit, même exercée avec une certaine violence, ne paraît pas déterminer de douleur et est bien supportée. La sensibilité de la peau de la verge et du scrotum, est obtuse, mais non entièrement abolie. En somme, il existe chez cet homme une hémianesthésie assez bien caractérisée, sauf pour ce qui concerne l'œil; cette hémianesthésie aurait débuté en 1880 d'une façon presque subite et après avoir été précédée pendant quelques heures de tiraillements dans le bras.

L'interrogatoire du malade révèle encore une autre circonstance survenue en 1880, trois mois environ après le début de l'hémianesthésie; un matin, en s'éveillant, il tomba à terre sans perdre connaissance, mais resta quarante-huit heures sans pouvoir parler. A la suite de cet accident, il entra dans le service de M. Laboulbène où il fut traité par le bromure de potassium et l'électricité.

Je dois ajouter que ce malade a été traité aussi au Val-de-Grâce dans le service de notre collègue M. Lereboullet, pour un kyste hydatique du foie. Ce kyste hydatique, opéré par la méthode de Récamier, ne paraît pas s'être reproduit depuis cette époque. Le foie est un peu plus volumineux qu'à l'état normal, mais il n'y a pas de tumeur appréciable par la palpation, ni par la percussion. Il faut noter seulement que la douleur du ventre accusée par le malade paraît surtout marquée au-dessous du bord inférieur du foie. Enfin pour compléter l'histoire étiologique, il convient de noter aussi des excès alcooliques habituels et répétés pendant plusieurs années, au moment où cet homme était soldat; il ne fait nulle difficulté d'avouer qu'il buvait de l'eau-de-vie en assez grande quantité, généralement un quart de litre chaque matin.

Il n'y a jamais eu, chez ce malade, de symptômes que l'on puisse rapporter à une intoxication saturnine, et il ne présente pas actuellement de liséré gingival.

Tels sont, Messieurs, rapidement résumés et fixés seulement dans leurs traits essentiels, les faits que je désirais vous soumettre et placer à côté des observations de M. Debove. Les deux premiers surtout me paraissent intéressants, en raison de la netteté des phénomènes présentés par les malades et d'une sorte d'alternance entre ces phénomènes. Je considère comme beaucoup moins probant le troisième fait dans lequel tout se borne à une hémianesthésie, et dans lequel on peut aussi, pour l'interprétation de ce symptôme, faire intervenir jusqu'à un certain point l'alcoolisme, et peut-être la simulation, bien que ces hypothèses me paraissent devoir être écartées.

Le second de ces faits se distingue aussi tout particulièrement par l'existence d'accidents pulmonaires. S'agissait-il ici d'une tuberculose ou d'accidents analogues à ceux sur lesquels M. Debove a appelé l'attention? Je ne saurais le dire. M. Raymond considérait, je crois, le malade en question comme un tuberculeux, chez lequel les lésions pulmonaires s'arrêtèrent dans leur évolution, au moment où s'accentuaient les phénomènes nerveux. Au moment où j'observai le malade, il ne présentait que des signes assez vagues de tuberculose, et particulièrement des

râles disséminés dans la poitrine. C'est donc, au point de vue spécial de la pseudo-tuberculose des hystériques, un cas douteux. Il m'a semblé cependant qu'il était intéressant de le signaler en raison de l'importance que présente pour le pronostic aussi bien que pour le traitement cette question des pseudo-tuberculoses.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DES RAPPORTS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE AVEC LA SYPHILIS ;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 25 novembre 1882 (1),

Par M. le docteur F. DE RANSE.

Après la statistique, le principal argument que font valoir les partisans de la spécificité de l'ataxie locomotrice est tiré de l'observation clinique et des effets curatifs du traitement antisyphilitique. Un individu présente des phénomènes tabétiques : on lui administre du mercure et de l'iodure de potassium ; il guérit ou il est soulagé : on en conclut qu'il a une ataxie syphilitique. Les causes d'erreurs sont ici nombreuses.

Et d'abord il faut résoudre la question de savoir si l'on a affaire à des phénomènes tabétiques accidentels, isolés, transitoires, toujours symptomatiques, ou à l'ataxie locomotrice progressive avec son évolution, son type classique. Le diagnostic n'est pas toujours facile, et M. Abadie nous a dit avec raison qu'on se hâte parfois un peu trop de diagnostiquer une forme fruste de l'ataxie. Je suis convaincu que, dans un grand nombre des cas auxquels je fais allusion, on a simplement affaire à des accidents tabétiques dus à une propagation accidentelle des lésions médullaires spécifiques aux bandelettes externes. Le traitement antisyphilitique, en modifiant ou faisant disparaître ces lésions, améliore ou guérit, quand les éléments nerveux ne sont pas détruits, les symptômes tabétiques.

En second lieu, de ce que l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium a contribué à améliorer certains phénomènes d'une ataxie locomotrice parfaitement confirmée, on n'est pas autorisé à conclure que cette ataxie est forcément de nature syphilitique. D'un côté, ces deux médicaments s'emploient avec succès dans bien des cas auxquels la syphilis est notoirement étrangère ; suivant M. Vulpian, l'iodure de potassium n'agirait sur l'ataxie locomotrice que par l'influence qu'il exerce en général sur les processus morbides irritatifs à lente évolution ; son efficacité ne serait pas plus grande quand il y a des antécédents syphilitiques que quand il n'y en a pas. D'un autre côté, l'ataxie locomotrice présente, dans son évolution, des rémissions spontanées, ou elle en offre sous l'influence de médications nullement spécifiques. Le nitrate d'argent a produit, dans certains cas, des améliorations telles qu'il a pu faire concevoir les plus grandes espérances, malheureusement bientôt déçues. J'ai rapporté ailleurs (2) l'histoire d'un ataxique qui semblait être arrivé à la période paralytique, car il ne put venir, il fut apporté dans mon cabinet. Après quelques bains de Néris, il pouvait faire deux kilomètres à pied, appuyé sur une canne. Cette amélioration grandit et se maintint pendant quelques mois. Puis la maladie reprit sa marche progressive, et une nouvelle saison thermale ne put l'enrayer. De pareils faits peuvent s'observer à la suite de différentes médications : on ne saurait donc être trop prudent dans les conclusions à tirer d'un traitement spécifique.

Je crois d'autant plus sage de formuler ce précepte que généralement la médication antisyphilitique employée serait impuissante à modifier ou à enrayer les accidents si l'on avait réellement affaire à un tabes spécifique. Beaucoup de praticiens se bornent à prescrire de faibles doses de mercure et un ou deux grammes d'iodure de potassium. Quel que soit le résultat de cette médication, on n'en peut rien conclure. S'il est nul, comme les doses sont insuffisantes pour modifier les lésions syphilitiques, on ne peut pas dire que des lésions de cette nature n'existent pas ; si le résultat est satisfaisant, en raison de cette même insuffisance des doses, il est possible que la médication ait agi sur un processus d'ordre vulgaire, et l'on ne peut ainsi conclure à l'existence de la syphilis. Chaque fois que l'on a affaire à la syphilis des centres nerveux, et que l'on veut rendre efficace le traitement spécifique, il faut, suivant l'expression de M. Fournier, frapper vite et fort, il faut employer les médicaments spécifiques à haute dose, le sublimé ou le biiodure de mercure à la dose de deux à cinq centigrammes par jour, l'onguent napolitain en frictions à la dose de dix, quinze et même vingt

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 24 avril.

(2) *Annales d'hydrologie.*

grammes, l'iodure de potassium à celle de quatre à huit grammes. C'est en procédant ainsi qu'on peut juger ou non de l'efficacité de la médication spécifique et partant de la nature des accidents qu'ils sont destinés à combattre.

Une pareille médication a été prescrite et suivie bien rarement dans les observations où l'on invoque l'effet du traitement spécifique pour admettre et démontrer la nature syphilitique de l'ataxie locomotrice. La plupart de ces faits doivent être à bon droit suspects, et cela d'autant plus que le résultat a été plus beau, que l'amélioration a paru plus grande, que la guérison a été plus complète. M. Fournier, dont l'autorité ne sera ici récusée par personne, déclare que dans sa pratique le traitement spécifique ne lui a pas donné un seul cas de guérison, pas plus dans l'ataxie syphilitique que dans l'ataxie vulgaire. Il a noté des améliorations, des temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie, comme on en observe à la suite d'autres médications; mais c'est tout : l'ataxie syphilitique, comme l'ataxie vulgaire, reste réfractaire au traitement spécifique.

M. Fournier trouve la raison de ce fait dans l'ancienneté de la maladie au moment où l'on institue le traitement antisyphilitique. Le tissu nerveux est alors altéré, détruit; or, le traitement spécifique ne peut pas plus le réparer qu'il ne peut combler une perforation syphilitique du palais, effacer une cicatrice syphilitique de la peau, reconstituer un testicule atrophié par la syphilis. C'est au début du processus morbide, avant la destruction des tissus, que le traitement peut agir. Malheureusement, à cette période, le diagnostic de l'ataxie locomotrice est impossible, Pour M. Fournier, nombre de cas de paralysies oculaires de nature syphilitique guéries par le traitement spécifique, ne sont probablement que des ataxies au début arrêtées par la médication. Ce n'est évidemment encore là, il le reconnaît lui-même, qu'une hypothèse.

Mais cette impuissance du traitement spécifique contre l'ataxie syphilitique me paraît avoir une haute signification à l'encontre de la thèse de M. Fournier. Une lésion originairement yphilitique, dit-il, aboutit à un état anatomique contre lequel le traitement spécifique n'a plus prise. Or, cet état anatomique conserve-t-il ou perd-il sa nature originelle? Sans sortir de notre sujet, et de l'aveu de M. Fournier, rien, anatomiquement ni symptomatiquement, ne distingue le tabes syphilitique du tabes vulgaire. Ce ne serait qu'à l'origine du processus qu'une distinction serait possible par l'action du traitement spécifique, effective dans un cas, nulle dans l'autre; malheureusement ce début est inconnu, et le moyen de diagnostic différentiel fait ainsi défaut. Dans l'état, n'est-on pas autorisé à dire que la lésion primitive, de nature syphilitique, a produit, comme dégénérescence ou lésion secondaire, la sclérose des cordons postérieurs?

A l'appui de cette manière de voir, il est bon de faire remarquer que l'ataxie n'est pas toujours ancienne et par conséquent les lésions médullaires aussi avancées et irrémédiables que le suppose M. Fournier. Ainsi les docteurs Vincent et Prévost (de Genève) ont rapporté un cas dans lequel l'ataxie a débuté avec les accidents secondaires; le traitement spécifique ne l'a pas arrêtée dans son évolution. Que voit-on, par contre, en ce qui concerne la syphilis cérébrale? Le traitement spécifique, employé énergiquement, même à une époque assez éloignée du début, produit non seulement une amélioration, mais une guérison durable. On en trouve des exemples remarquables dans les *Leçons cliniques* de M. Charcot. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un individu qui, en 1868, à l'âge de 29 ans, contracte un un chancre induré suivi d'accidents secondaires. En 1873, début de la céphalalgie; en mai 1874, accès d'épilepsie avec perte immédiate de connaissance, convulsions générales, écume à la bouche, urines involontaires, etc.; les accès prennent ensuite le caractère de l'épilepsie partielle ou hémiplégique et se reproduisent tous les cinq ou six jours. Dans les premiers jours d'octobre, contracture du membre supérieur gauche, fourmillements, hyperesthésie dans le même membre; la contracture gagne, mais à un moindre degré, le membre inférieur gauche. Aggravation rapide de l'état général. Fin octobre, institution du traitement spécifique à haute dose. Amélioration prompte, disparition de la contracture permanente et des autres symptômes. Interruption du traitement, retour momentané des accidents; reprise de la médication spécifique; guérison définitive.

Dans ce cas, si les symptômes céphaliques témoignaient d'une pachyméningite gommeuse circonscrite, la contracture permanente des membres du côté gauche indiquaient la propagation, au cordon latéral gauche de la moelle, de l'irritation cérébrale consécutive à la néoplasie. Le traitement spécifique a tout fait disparaître.

Sans doute, la lésion du cordon latéral n'était encore que d'ordre irritatif; les éléments nerveux n'étaient pas altérés, autrement la contracture eût persisté. Notons bien qu'il ne s'agit ici que d'une lésion consécutive, par conséquent non spécifique. Quand on voit de tels résultats dans la syphilis cérébrale, il y a lieu de s'étonner, si l'ataxie locomotrice est une manifestation directe et primitive de la syphilis, que le traitement spécifique soit sans

action sur elle. Après tout, dans beaucoup de cas de formes frustes, où, par exemple, l'incoordination motrice fait défaut, mais où cependant des signes certains existent, la lésion des cordons postérieurs ne doit pas être si avancée qu'elle résiste au traitement antisyphilitique. L'inefficacité de la médication plaide donc en faveur de la non-spécificité de la lésion.

Mais ce n'est pas tout, et les faits produits dans la communication de M. Abadie acquièrent ici une grande importance. L'atrophie progressive de la papille me paraît réaliser le desideratum de M. Fournier au point de vue de l'intérêt qu'il y a à reconnaître l'ataxie et à pouvoir intervenir à une époque pas trop éloignée de son début. On sait que les troubles fonctionnels que traduit cette lésion précèdent souvent les autres symptômes de l'ataxie et constituent même parfois, durant un temps plus ou moins long, toute la symptomatologie. M. Charcot cite des exemples de femmes entrées à la Salpêtrière pour une cécité amaurotique et chez lesquelles, plusieurs années après, les douleurs fulgurantes et d'autres symptômes tabétiques sont survenus. Le savant clinicien est même disposé à admettre que les amaurotiques chez lesquels l'atrophie progressive de la papille est cause de la cécité présentent tôt ou tard des symptômes confirmatifs de l'ataxie locomotrice. Quand donc on assiste au début d'une atrophie papillaire, et qu'il n'existe pas d'autres symptômes tabétiques, n'est-on pas, avec l'hypothèse en moins, dans les conditions où se trouve M. Fournier quand il a affaire à des paralysies oculaires de nature syphilitique. Or, le traitement spécifique, qui guérit toujours ces paralysies, ne reste pas seulement, comme le prouvent les recherches de M. Abadie, inefficace contre les symptômes de l'atrophie papillaire, il les aggrave, et l'ophthalmoscope, qui permet, dans cette circonstance, de faire en quelque sorte de l'anatomie pathologique sur le vivant, montre l'aggravation parallèle de la lésion. Quoi de plus démonstratif?

On voit, par tout ce qui précède, qu'un examen et une critique sévères des résultats de la médication antisyphilitique dans le traitement de l'ataxie locomotrice plaident, non en faveur, mais à l'encontre de la spécificité de l'ataxie réputée syphilitique.

En médecine, où l'art est si étroitement uni à la science, tout débat scientifique doit conduire à une conclusion pratique. M. Fournier l'a formulée, à la fin de son livre, en disant que, en présence d'un cas d'ataxie locomotrice, syphilitique ou non, on doit toujours instituer *larga manu*, c'est-à-dire aux doses indiquées plus haut, le traitement antisyphilitique. Si, comme cela arrive suivant lui dans l'immense majorité des cas, l'ataxie est de nature spécifique, on a chance, sinon de la guérir, du moins de l'améliorer et peut-être de l'enrayer pour un temps plus ou moins long. S'il s'agit d'une ataxie vulgaire, on aura institué un traitement inutile, mais non nuisible. Le travail de M. Abadie démontre que cette dernière assertion est loin d'être fondée et, si l'on rapproche de cette nocuité possible de la médication spécifique l'exiguïté des résultats qu'elle donne dans l'ataxie réputée syphilitique, on est amené à faire plus que des réserves sur la conclusion absolue de M. Fournier.

Je résumerai les considérations, peut-être un peu longues, que je viens d'exposer, dans les propositions suivantes :

1° L'ataxie locomotrice progressive est primitive ou secondaire. On observe parfois, dans le cours d'autres affections cérébro-spinales, par suite de la propagation de leurs lésions aux bandelettes externes des cordons postérieurs, des symptômes tabétiques accidentels qui ne sauraient constituer, dans son type caractéristique, l'ataxie progressive.

2° L'anatomie pathologique démontre que des symptômes tabétiques de ce genre peuvent survenir dans des cas de syphilis cérébro-spinale ; il est admissible, sinon démontré, que, sous l'influence de cette irritation primitive et extrinsèque des cordons postérieurs, et en vertu d'une prédisposition spéciale, une ataxie locomotrice secondaire, c'est-à-dire vulgaire, se développe avec tout son cortège ou sa succession de lésions et de symptômes ; mais l'anatomie pathologique montre, entre le processus syphilitique et le processus tabétique, une ligne de démarcation qui ne permet pas de considérer la sclérose primitive des cordons postérieurs comme de nature syphilitique et ainsi d'accepter la doctrine d'une ataxie primitive spécifique.

3° Ces enseignements de l'anatomie pathologique ne sont nullement infirmés par les statistiques produites en faveur de la spécificité de l'ataxie locomotrice ; ces statistiques, encore insuffisantes, soulèvent de nombreuses objections et ont besoin d'un nouveau contrôle.

4° Ces mêmes enseignements de l'anatomie pathologique sont, non infirmés, mais plutôt confirmés par les résultats que fournit la médication spécifique dans le traitement de l'ataxie locomotrice.

5° Le traitement antisyphilitique, incontestablement utile et efficace dans les cas de phénomènes tabétiques symptomatiques d'une syphilis cérébro-spinale et peut-être au début d'une ataxie secondaire développée dans les mêmes conditions, est, non seulement inutile,

mais peut devenir nuisible dans l'ataxie locomotrice primitive; on ne saurait donc le prescrire d'une manière absolue et indifféremment dans tous les cas où l'on observe des signes tabétiques.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 février 1882. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Présentation d'un malade atteint d'*une affection singulière de la langue*, par M. C. Paul. — Lecture d'un mémoire de M. Debove, intitulé : *Recherches sur l'urémie d'origine hépatique*. — Mémoire de M. Brocq sur les *communications de l'aorte et de l'artère pulmonaire*. — Élections.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *Lyon médical.* — *Marseille médical.* — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* — *Revue médico-chirurgicale.* — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, etc.

—

M. Constantin PAUL présente un malade atteint d'une affection singulière de la langue. (Sera publié.)

M. DEBOVE lit un mémoire intitulé : *Recherches sur l'urémie d'origine hépatique*. (Sera publié.)

—

M. LABOULBÈNE présente un travail manuscrit de M. Brocq, son ancien interne, intitulé : *Étude sur les communications entre l'aorte et l'artère pulmonaire autres que celles qui résultent de la persistance du canal artériel.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. C. Paul, Desnos, Duguet.

—

M. HERVIEUX présente son Rapport sur les vaccinations pratiquées en l'année 1879.

M. MOREAU (de Tours) est nommé membre honoraire, et M. DIONIS DES CARRIÈRES (d'Auxerre) membre correspondant.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DUGUET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1883. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance. — M. Martineau : *Chancres simples, chancres non syphilitiques du col de l'utérus, du vagin, de la vulve et du périnée. Folliculite chancreuse péri-anale.* Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Gouguenheim, Martineau. — M. Guyot : Présentation d'un malade atteint d'*une affection de la langue*. Discussion : MM. Gouguenheim, Martineau, Guyot. — M. Du Castel : Rapport trimestriel sur les *maladies régnantes*. Discussion sur l'*isolement des varioleux* : MM. Dujardin-Beaumetz, Tenneson, Dumontpallier, E. Labbé.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — La *Thérapeutique contemporaine.* — La *France médicale.* — La *Tribune médicale.* — *Journal de médecine de Paris.* — Le *Progrès médical.* — *La Loire médicale.* — *Union médicale et scientifique du Nord-Est.* — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Journal d'hygiène.* — *Lyon médical.* — *Bulletins* de la Société d'anthropologie de Paris. — *Bulletin médical du Nord.* — *Annales de gynécologie.* — *Annales* de la Société d'hydrologie médicale. — *Revue de thérapeutique.* — *Mémoires* de la Société de médecine de Strasbourg. — *Revue médicale de Toulouse.*

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Dionis des Carrières, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

—

M. MARTINEAU fait une communication intitulée : *Chancres simples, chancres non syphilitiques du col de l'utérus, du vagin, de la vulve et du périnée. — Folliculite chancreuse périanale.*

Messieurs,

L'existence du chancre simple, du chancre non infectant, du chancre non syphilitique sur le col de l'utérus, est admise sans conteste par tous les syphiligraphes. L'emploi du spéculum a permis de reconnaître cette lésion dont les caractères macroscopiques et l'inoculation la différentient des affections du col utérin, telles que celles qui résultent de l'inflammation ou d'une maladie constitutionnelle, la syphilis. Cette affection a été étudiée par Ricord, Gosselin, Gibert, Bennet, Costilhes, A. Robert, Bernutz, A. Guérin, Rollet, Schwartz, Fournier. Un de mes élèves, M. de Molènes, interne des hôpitaux, a publié dans les *Annales de dermatologie et de syphiliographie* de 1881 un très bon travail sur cette question à l'aide de matériaux puisés dans ma clinique gynécologique et syphiligraphique de l'hôpital de Lourcine; tous les points intéressants sur la nature, sur le siège, sur les caractères physiques du chancre simple du col de l'utérus ont été traités magistralement. Je n'y reviendrai donc pas.

Mon intention, aujourd'hui, est surtout de mettre sous vos yeux un moule en cire, exécuté par M. Jumelin. Ce moule reproduit exactement et fidèlement un chancre simple occupant les deux lèves du col et se propageant dans la cavité de ce conduit. Ceux d'entre vous qui n'ont pas encore eu l'occasion d'observer cette lésion peuvent facilement s'en rendre compte.

Voici un résumé succinct de l'observation de la malade :

X..., âgée de 18 ans, domestique, entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Natalis Guillot, n° 9, le 30 janvier 1883. Malade depuis quinze jours environ à son entrée dans le service.

On constate sur le périnée, au-dessous de la vulve, une ulcération à bords saillants, irréguliers, décollés et à fond jaunâtre, purulent. De chaque côté du raphé, il existe une érosion analogue. Tout autour de l'anus, nombreux follicules chancreux (folliculite chancreuse). Sur la face interne des deux grandes lèvres, sur la petite lèvre droite et au niveau de la fourchette, on observe plusieurs petites ulcérations à bords de même saillants et décollés et à fond granuleux, jaune et purulent ; adénite inguinale double, douloureuse à droite.

Le col utérin présente une ulcération embrassant complètement les deux lèvres du col, à bords saillants, déchiquetés et à fond jaunâtre, rappelant la fusion de plusieurs ulcérations, ulcérations chancreuses simples.

Sur la paroi du vagin à droite et près du col, ulcération de même aspect et de même nature (chancre du vagin). Ce chancre est allongé, à bords rouges, saillants, décollés. A l'entrée du vagin, à droite, plusieurs petites ulcérations chancreuses analogues. Par le toucher, on sent trois ganglions volumineux (grosse noisette) adhérents autour du col, et deux ou trois ganglions assez volumineux situés sur la paroi postérieure du vagin.

Le moule a été pris le 8 février 1883.

Outre l'extension considérable prise par cette ulcération chancreuse simple qui reste le plus habituellement localisée à l'une des lèvres du col, je signalerai l'existence de l'adénite péri-utérine qui avait acquis dans ce cas particulier un volume assez considérable (grosse noisette). J'ai pu constater la présence de trois ganglions adhérents au col, occupant le siège normal des ganglions péri-utérins et celle de trois ganglions plus petits situés sous la paroi postérieure du vagin. Ils étaient douloureux au point que je me suis demandé si la suppuration n'allait pas les envahir et si je n'allais pas assister à l'évolution ordinaire des adénites chancreuses inguinales avec suppuration et ulcération. J'ajoute toutefois, immédiatement, que cette évolution de l'adénite chancreuse péri-utérine est excessivement rare, si toutefois même les cliniciens l'ont signalée, ce que j'ignore n'ayant pas eu le temps de me livrer à des recherches sur ce sujet. Quant à moi, sur les quatre ou cinq cas de chancre simple du col utérin que j'ai observés depuis 1877 (6 ans), je n'ai jamais constaté cette terminaison de l'adénite péri-utérine chancreuse.

A cela, il y a une raison. C'est la rapidité extraordinaire avec laquelle s'accomplit la guérison pour ainsi dire spontanée du chancre simple du col utérin. En quelques jours (4 à 8 jours), la cicatrisation est terminée. M. le professeur Gosselin a le premier insisté sur cette terminaison. On comprend dès lors que l'adénite disparaisse en même temps que la cause dont elle émane. Je n'insiste pas davantage sur ce point; il me suffit de signaler l'existence de cette adénite péri-utérine, ignorée des syphiligraphes, pour montrer que des accidents péri-utérins peuvent se montrer dans le cours du chancre simple de l'utérus et du vagin.

Vous ayant dit que le chancre simple se guérit rapidement et spontanément, je n'ai pas à m'étendre sur la thérapeutique; il est toutefois un point que je dois signaler, c'est l'auto-inoculation de cette lésion sur les parois vaginales, vulvaires et même péri-anales; alors que le médecin n'y met aucun obstacle. C'est pour obvier à cette généralisation, alors que le chancre simple est volumineux comme dans le cas particulier, que je fais toucher tous les jours l'ulcération au moyen d'un pinceau de charpie imbibée d'un éthérolé d'iodoforme pré-

paré instantanément et garnir le vagin d'un tampon de ouate hydrophile. De cette façon j'active la cicatrisation du chancre et je préserve les parties voisines de l'auto-inoculation.

M. Dujardin-Beaumetz : Au lieu de toucher le col avec un pinceau imbibé d'éthérolé d'iodoforme, comme le fait M. Martineau, je crois qu'il est préférable de faire des pulvérisations de cet éthérolé (à 3 pour 100). Les pulvérisations présentent l'avantage de faire pénétrer l'iodoforme sur toute l'étendue de la lésion et des parties avoisinantes.

M. Martineau : Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de toucher les parties qui sont respectées; le pinceau permet de faire aisément une application directe de l'iodoforme pulvérisé ou de l'éthérolé d'iodoforme.

M. Gouguenheim : Je désire appeler de nouveau l'attention sur la coïncidence de la folliculite chancreuse avec le chancre mou du col; la présence de cette folliculite m'a souvent permis de soupçonner un chancre du col avant l'examen au spéculum; mais si le chancre du col s'accompagne toujours de folliculite chancreuse, cela ne veut pas dire que cette folliculite ne puisse pas se montrer d'une façon indépendante et isolée.

M. Martineau nous a dit que le chancre du col déterminait toujours une adénite péri-pelvienne; je ne l'ai, pour ma part, observée que dans un cas. Et cependant, j'ai vu un bon nombre de chancres non infectants du col de l'utérus, pendant les quatre années que j'ai passées à Lourcine; aussi, je suis surpris d'entendre dire par M. Martineau que cette affection est très rare. M. Fournier considère également le chancre mou du col comme assez fréquent.

A propos du traitement, je me range complètement à l'avis de M. Martineau et de M. Dujardin-Beaumetz. Il est vrai que le chancre simple du col peut guérir sans intervention, comme l'ont dit M. Gosselin et M. Fournier; mais dans certains cas, ils durent quinze à vingt jours et ils exposent à des inoculations successives. J'emploie également l'iodoforme contre cette affection : je l'ai bien souvent insufflé sur le col au moyen du soufflet de l'insecticide Vicat; trois ou quatre insufflations suffisent ordinairement pour modifier la surface du chancre.

M. Martineau : Je peux garantir que depuis sept ans que je suis à Lourcine, je n'ai pas rencontré plus de quatre ou cinq cas de chancre non infectant du col utérin. C'est par l'auto-inoculation que M. Bernutz et M. Alph. Guérin ont mis en évidence la nature de cette affection, qui était jusqu'alors confondue avec les ulcérations de la métrite du col ou avec des syphilides ulcéreuses. Je demanderai à M. Gouguenheim s'il a eu soin de pratiquer l'auto-inoculation dans tous les cas où le diagnostic d'une ulcération du col utérin lui paraissait douteux.

M. Gouguenheim : J'ai pratiqué l'auto-inoculation toutes les fois que j'ai douté de la nature de l'ulcération.

—

PRÉSENTATION D'UN MALADE

M. Guyot présente un malade atteint d'une affection de la langue, au sujet de laquelle il demande l'avis de ses collègues. Cette affection remonte à quatre mois et s'est accompagnée d'une adénite cervicale qui a aujourd'hui disparu. Elle est principalement caractérisée par un épaississement de la pointe et des bords de la langue avec des ulcérations sur tout le pourtour de cet organe. M. Guyot s'était d'abord demandé si cette glossite n'était pas le résultat des applications caustiques qui avaient été faites par un praticien de la ville; il les a mises ensuite sur le compte des dents; les dents ont été limées et les ulcérations persistent. M. Guyot a voulu montrer ce malade à la Société avant de le soumettre au traitement spécifique.

M. Gouguenheim : Je crois qu'il s'agit ici d'un chancre transformé en syphilide papulo-hypertrophique érosive. Je prescrirais de l'iodure de potassium, car je crois que le mercure peut déterminer des accidents dans les cas de syphilides hypertrophiques de la bouche et du pharynx.

M. Martineau : Je fais le même diagnostic que M. Gouguenheim; mais je soumettrais ce malade au traitement mercuriel. Quinze à vingt jours de traitement par les injections de peptone mercurique suffiraient pour modifier et peut-être pour faire disparaître cette affection de la langue.

M. Guyot : J'hésiterais à donner du mercure à ce malade, parce que je pense que ce médicament pourrait lui être nuisible si son affection n'est pas syphilitique; c'est l'opinion généralement admise. Mais admettons qu'il s'agit ici d'une affection syphilitique, ne serait-ce pas plutôt une syphilide tertiaire?

M. Martineau : Il est certain que dans les cas décrits sous le nom de psoriasis buccal, ou

de leucoplasie buccale, le mercure et l'iodure de potassium activent souvent la marche de l'affection ; tandis qu'il suffit de quelques jours de traitement pour modifier heureusement les manifestations syphilitiques. On est donc vite renseigné, et l'on peut prolonger le traitement sans hésitations.

Je ne crois pas qu'il s'agit ici d'une affection tertiaire, parce que la glossite tertiaire est surtout caractérisée par des ilots résultant d'une hypertrophie partielle, séparés les uns des autres par des sillons plus ou moins profonds ; nous n'observons pas chez ce malade que des ulcérations reposant sur une base indurée. Je persiste à croire qu'il s'agit d'un chancre transformé *in situ* par les applications caustiques qui ont été faite d'une façon intempestive.

M. GUYOT soumettra ce malade au traitement mercuriel, et le présentera de nouveau à a Société.

M. DU CASTEL lit son rapport trimestriel sur les *maladies régnantes*.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ : Je désire appeler l'attention de l'administration sur les cas intérieurs de variole qui se sont développés à l'hôpital St-Antoine ; quatre malades atteints de maladies chroniques ont contracté la variole dans mes salles ; trois ont succombé. Il existe à Saint-Antoine un pavillon d'isolement; mais l'isolement n'existe pas pour le personnel du service. Je suis persuadé que la variole a été apportée dans mes salles par une infirmière du pavillon des varioleux qui venait chaque matin dans mon service. L'isolement pour les maladies contagieuses ne sera réel et efficace que lorsque nous aurons des hôpitaux spéciaux, éloignés de tout centre de population, et sans relation aucune avec l'extérieur.

M. TENNESON : En 1881, à l'hôpital Tenon, j'ai observé huit ou dix cas de variole contractée dans mes salles; ces faits ont été signalés dans un des rapports de M. Ernest Besnier. Depuis cette époque, il ne s'est pas produit de cas nouveaux, quoique les communications soient incessantes entre les salles communes et les salles de varioleux.

M. DUMONTPALLIER : Si l'isolement est impossible à effectuer, on peut au moins exiger la revaccination de tous les entrants.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ : C'est ce qui se fait à l'hôpital Saint-Antoine, comme dans tous les hôpitaux ; M. Chambon est chargé, comme vous le savez, de ce service de la revaccination. Mes malades avaient été revaccinés dans les huit jours qui suivirent leur entrée.

M. E. LABBÉ cite le cas d'une infirmière qui refusa de se laisser revacciner et qui contracta la variole d'une jeune fille qui ne présentait que trois boutons de varioloïde ; cette infirmière mourut.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, TROISIER.

JOURNAL DES JOURNAUX

Des néphrites à frigore, par M. le docteur LANCEREAUX. — Les néphrites *a frigore* sont des néphrites épithéliales caractérisées par de l'anasarque, de l'albuminurie et de la diminution des urines, dont la coloration et la densité sont augmentées. Après quelques jours, les malades éprouvent de l'insomnie, de la céphalée, de la dyspnée et de la diarrhée.

Tantôt la néphrite guérit et l'épithélium rénal reprend son état anatomique et ses fonctions; tantôt, surtout chez les individus exposés continuellement au froid humide, le rein subit la dégénérescence granulo-graisseuse brightique et le malade succombe. M. Lancereaux admet que ces lésions et ces troubles sont dus à la suppression brusque des fonctions cutanées. La médication par le lait est celle qui donne les résultats les plus heureux. Elle fait diminuer rapidement l'anasarque et disparaître l'albuminurie. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires.* ; 1er décembre 1882, p. 31.)

Le vertige auriculaire, par H. BURNETT. — On sait que le nerf auditif est formé de fibres sensitives et de fibres motrices. Ces dernières viennent du cervelet par les pédoncules inférieurs et se rendent aux ampoules des canaux semi-circulaires. L'auteur admet que leur irritation dans l'oreille est transmise au cervelet et donne lieu au vertige auriculaire, dont la maladie de Menière ne serait qu'une variété. D'ailleurs, les écrivains qui groupent tous les vertiges auriculaires sous ce dernier nom sont dans l'erreur, car Menière était loin de faire cette confusion. (*Philadelphia med.* [*times*, 3 juin 1882 et *the Detroit Lancet*, novembre 1882, p. 232.)

Anasarque et albuminurie à la suite d'une contusion du rein, par M. A. Boissard. — Cette observation a été recueillie dans le service de M. le docteur Rigal, à l'hôpital Necker. Le malade, qui n'est ni alcoolique, ni rhumatisant, fit une chute sur les reins le 31 décembre 1881, et paraissait en voie de guérison quand, le 11 janvier 1882, il éprouva de l'anasarque. Ses urines contenaient de l'albuminurie et des hématies.

Le 21 janvier, l'anasarque disparaissait par l'emploi du régime lacté et de ocorifications lombaires, on observait la disparition graduelle de l'albuminurie et de la polyurie. Ces derniers symptômes persistèrent jusqu'au 24 février. En mars, la guérison était complète. (*France médicale*, p. 409.). — Ch. E.

FORMULAIRE

Tisane benzoïque. — Laboulbène.

Acide benzoïque	1 à 2 grammes.
Eau de fontaine	900 grammes.
Eau distillée aromatique	50 —
Sucre	100 —

Faites dissoudre.

L'eau distillée aromatique peut-être celle de tilleul, ou de fleurs d'oranger ou de cannelle a. t. c. Elle peut être remplacée par une teinture appropriée, à la dose de 15 à 30 grammes; mais dans ce cas, la tisane prend un aspect louche. — La tisane benzoïque est conseillée dans le cas d'urines bourbeuses dues à une lésion rénale ou vésicale, lorsqu'il s'agit d'éliminer les manières extroctives en excès dans le produit de la secrétion rénale. — N. G.

COURRIER

Le docteur Spencer Wells, le célèbre ovariotomiste anglais, vient d'être nommé baronnet Nos lecteurs apprendront avec plaisir la récompense que vient de recevoir un confrère étrange auquel la chirurgie française a fait d'utiles emprunts.

Concours. — Le concours pour la nomination à deux places d'accoucheurs du Bureau central s'est terminée le lundi 23 avril par la nomination : en première ligne, de M. le docteur Maygrier ; en seconde ligne, de M. le docteur Bar.

Les questions données à ce concours ont été :

1° Question écrite : vaisseaux sanguins du rein, fonctions du rein ;

2° Épreuve orale : *a.* De l'inversion utérine dans l'état puerpéral ; *b.* Diagnostic et traitement des ruptures utérines;

3° Épreuve chirurgicale (opérations) : *a.* Amputation de pouce ; *b.* Ligature de l'artère humérale à sa partie moyenne.

Concours de l'adjuvat. — Le concours est terminé. Le classement des candidats a eu lieu dans l'ordre suivant : 1er, M. Métaxas ; 2e *ex æquo*, MM. Assaky et Boiffin ; 4e, M. Phocas; 5e, M. Damalix ; 6e, M. Hamonic ; 7e, M. Festal ; 8e, M. Barbulée.

— Le concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux, s'est terminée par la nomination de M. Patein (médaille d'or de l'internat en pharmacie).

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 22 avril 1883, M. Meurs (A.-J.), médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin principal de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— Par décret en date du 16 avril, M. Cuignet, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité, a été nommé au même grade dans le corps des officiers de santé de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA PÉRITYPHLITE PRIMITIVE.

Leçon clinique professée par M. BUCQUOY à l'hôpital Cochin,

recueillie par M. RICHARDIÈRE, interne du service.

Il y a quelques mois, un évènement retentissant attirait l'attention du public français sur une maladie encore assez mal connue des médecins, dans quelques-unes de ses formes tout au moins : je veux dire la pérityphlite. C'est qu'en réalité, à côté de la pérityphlite classique, pérityphlite consécutive à des traumatismes, survenant à la suite d'inflammations cœcales ou péricœcales, se présentant encore quelquefois dans le cours d'états infectieux ou diathésiques (fièvre typhoïde, tuberculose), il existe une pérityphlite primitive, spontanée, presque toujours bénigne et apparaissant dans des conditions déterminées. C'est l'histoire de cette pérityphlite primitive, dont nous avons eu l'occasion d'observer trois cas dans le service depuis le commencement de l'année, que j'ai l'intention de vous exposer aujourd'hui.

Ouvrez vos classiques et vous les trouverez muets sur cette variété de pérityphlite que j'appellerai primitive. Au contraire, la pérityphlite secondaire a été étudiée avec ses symptômes et ses conséquences dans nombre de mémoires et de monographies intéressantes.

Comme je laisse complètement de côté cette forme des inflammations péricœcales, je me contente de vous renvoyer aux mémoires de Dance, de Ménière, et à la remarquable étude clinique de Grisolle sur les inflammations phlegmoneuses de la fosse iliaque. Vous consulterez encore avec fruit le mémoire de Leudet (Archives de 1859); les travaux de Salzer et Reuling, 1855; Lang, 1860; Bartholow, 1866; les thèses de Blatin, 1868; de Pouzet, 1869; de Paulier, 1875.

C'est uniquement à l'aide des 3 cas observés dans le service, et avec mes souvenirs personnels, que je veux vous tracer l'histoire de la pérityphlite primitive.

L'histoire d'un malade qui a été couché au n° 17 de la salle Saint-Philippe et celle d'une femme que vous pourrez encore voir au n° 11 de la salle Saint-Jean, vous montrera aussi bien que n'importe quelle description dogmatique ce qu'est la péritiphlite primitive.

Le premier malade est un nommé Doudon, ouvrier en papiers peints âgé de 26 ans.

Dans ses antécédents pathologiques, nous ne relevons qu'une fluxion de poitrine il y a dix ans. Depuis, toujours très bonne santé.

Sans aucune cause appréciable (fatigue, marche forcée, excès de boisson ou autre), la maladie a débuté brusquement la nuit du 3 janvier par ce que D... appelle une indigestion.

Le malade a été pris de nausées, de vomissements, puis de frissons.

Le lendemain est apparue la douleur du ventre; cette douleur a été vive dès le début et localisée dans la fosse iliaque droite. Pendant deux jours le malade a eu de la constipation. Il ne peut dire si dès lors son ventre était enflé.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le malade est en proie à une vive souffrance. Sa face est pâle, ses yeux sont cernés. Il a le facies abdominal.

Etat saburral très marqué, langue un peu noirâtre. Fièvre assez vive, 39.5 au moment de l'entrée. Pouls fréquent.

Le ventre est ballonné, très douloureux à la pression.

Le malade se plaint de coliques spontanées.

Dans la fosse iliaque droite, il existe une rénitence, un empâtement très douloureux. Cet empâtement a pour siège une tumeur qui par sa situation et sa forme rappelle le cœcum. La tumeur est mate, non fluctuante, douloureuse à la périphérie.

Traitement : Sangsues. Lavement purgatif.

15. La douleur dans la région iliaque droite a presque complètement disparu. On sent encore à la palpation la tumeur formée par le cœcum, qui contrairement à ce qui avait lieu au moment de l'entrée à l'hôpital se meut librement dans le tissu cellulaire qui l'entoure.

16. Une selle abondante.

19. Les selles sont régulières; mais le malade se plaint de ressentir encore quelques douleurs dans la fosse iliaque droite.

La tumeur est appréciable à la palpation.

Application d'un vésicatoire.

2 février. Le malade, guéri, part pour Vincennes.

La deuxième malade est une nommée Masemann, âgée de 17 ans, domestique. Malade robuste, de bonne constitution. Bien réglée. Bonne santé ordinaire. La malade ne semble pas avoir fait de maladies antérieures. Toutefois, comme elle parle difficilement le français, les renseignements pris sur ses antécédents sont un peu incomplets.

Elle paraît sujette à une constipation ordinaire, qui d'ailleurs ne l'a pas beaucoup préoccupée jusqu'à ce jour.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, la maladie remonte à quatre jours. Elle a débuté brusquement par de la fièvre des vomissements et de la douleur abdominale sous la forme de coliques. Depuis, le malaise n'a cessé d'augmenter. Les frissons ont continué et la constipation s'est établie. La malade n'a pas été à la garde-robe depuis deux jours. Insomnie depuis trois jours.

Quand nous l'examinons pour la première fois, la malade est très abattue, dans le décubitus dorsal. Sa figure est rouge, animée ; sa peau est chaude. Le pouls fréquent et plein.

L'examen de tous les appareils est négatif, Les urines ne sont pas albumineuses. C'est, en définitive, dans l'abdomen que sont concentrés tous les phénomènes morbides. Notons que la langue est blanche, saburrale, qu'il n'y a pas eu de vomissements depuis l'entrée à l'hôpital.

Le ventre est ballonné, douloureux spontanément et surtout à la pression qui est très pénible dans la fosse iliaque droite. En déprimant doucement la paroi abdominale, on constate dans la fosse iliaque la présence d'une tumeur allongée, dirigée obliquement de l'hypochondre vers l'épine du pubis. Cette tumeur est mate, résistante; elle semble entourée de tissus empâtés. Par la pression répétée, on détermine dans la tumeur un léger gargouillement, Cette tumeur reproduit la forme du cœcum dont elle a aussi les dimensions.

16 février. Pendant la nuit, la malade a ressenti des douleurs abdominales vives. Elle a vomi un liquide verdâtre porracé.

Traitement : Application de 10 sangues sur la tumeur. Purgatif.

Sous l'influence du traitement et du repos au lit, les symptômes généraux s'amendent. La douleur au niveau de la tumeur disparaît.

18. Selle abondante.

20. La fièvre a disparu.

23. Le cours des garde-robes est complètement rétabli. On commence à alimenter la malade. Il reste dans la fosse iliaque une tumeur très nettement appréciable, mais qui n'est plus douloureuse.

27. La malade, tout à fait convalescente, demande à se lever. La tumeur a presque complètement disparu.

28. Sans cause appréciable, sans écart de régime, la malade est prise de vomissements verdâtres. Son ventre devient douloureux sans être ballonné. Il est douloureux à la pression. Toutefois, la malade réagit assez bien. Son état ne paraît pas bien grave.

1er au 5 mars. Même état. Température variant entre 39 et 40.

Pendant cet intervalle, la malade rend plusieurs lombrics par le vomissement.

Quelques jours plus tard, nouvelle expulsion de lombrics par les selles.

Il y a évidemment un rapprochement à faire entre l'inflammation péricœcale et l'affection vermineuse.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Cours de M. Tillaux.

DU MÉSENTÈRE. — DÉDUCTIONS CHIRURGICALES,

Par Maurice NOTTA, préparateur du cours d'anatomie topographique.

Les considérations intéressantes auxquelles s'est livré notre excellent maître M. Tillaux, dans une de ses dernières leçons, à propos des tumeurs qui se développent aux dépens de certains organes de la cavité abdominale, nous ont engagé à rédiger les déductions chirurgicales qu'il a tirées de l'étude du péritoine et de ses replis, le mésentère et le grand épiploon. Il nous a montré une fois de plus les rapports intimes de la clinique avec l'anatomie, et nous a indiqué, chemin faisant, certains signes spéciaux qui, reposant tout entiers sur les rapports anatomiques des tumeurs du mésentère, permettent de faire, pour ainsi dire, leur diagnostic anatomique. Sans prétendre tracer en quelques lignes le tableau clinique de ces tumeurs, nous ne voulons qu'attirer l'attention sur ces signes anatomiques, qui à eux seuls peuvent conduire au diagnostic parfois très délicat. Nous laissons de côté les tumeurs de nature cancéreuse; elles sont généralement secondaires, et l'état cachectique plus ou moins avancé du malade; le début et la marche de l'affection permettent de reconnaître une lésion organique. En outre des adhérences multiples avec les organes voisins empêchent de constater l'existence des signes que nous allons exposer, et qui sont fondés tout entiers sur les rapports anatomiques du mésentère à l'état normal.

La séreuse qui tapisse la cavité abdominale se comporte différemment avec les différents organes qui y sont contenus. Elle enveloppe les uns de toutes parts; elle passe simplement au-devant des autres, qui se trouvent situés en arrière d'elle. D'après les rapports du péritoine avec les organes de la cavité abdominale, on peut donc les diviser en deux grandes catégories : les organes qu'enveloppe de toutes parts le péritoine, et les organes situés en arrière de lui dans l'espace que nous appellerons rétro-péritonéal. Cette simple division fondée sur le trajet du péritoine et purement anatomique, doit jeter la plus vive lumière sur le diagnostic des tumeurs abdominales. En effet, s'agit-il d'une tumeur développée aux dépens d'un organe enveloppé par le péritoine, que le point de départ soit le foie, la rate ou l'utérus, la tumeur sera directement en rapport avec la paroi abdominale, et l'on constatera à la percussion une matité absolue. S'il s'agit au contraire d'une tumeur développée dans l'espace rétro-péritonéal, il y aura toujours à la percussion une zone de sonorité située en avant de la tumeur, et due à ce qu'une ou plusieurs anses d'intestin seront refoulées en avant et s'interposeront entre la tumeur et la paroi abdominale.

Parmi ces organes situés dans l'espace rétro-péritonéal, les principaux sont le rein et les organes contenus dans le mésentère. Le pancréas, situé très profondément, n'est généralement pas le siége de tumeurs autres que des cancers, coïncidant avec d'autres lésions organiques, et n'étant pas passibles d'intervention chirurgicale. « Le mésentère forme un repli très épais. Dans son épaisseur et à sa racine « se trouvent l'aorte et la veine cave inférieure, puis les artères et les veines mésen-« tériques, des vaisseaux et ganglions lymphatiques nombreux, des nerfs et du « tissu cellulaire. Il contient également des fibres musculaires lisses. Par son bord « libre, il enveloppe l'intestin grêle et, comme lui, flotte dans la cavité abdomi-« nale, se portant à droite ou à gauche avec la plus grande facilité (1). » C'est sur ces données anatomiques et surtout sur la mobilité extrême du mésentère dans tous les sens, que reposent les symptômes que nous allons étudier et que nous regardons comme propres aux tumeurs de cet organe. Mais en présence d'une tumeur de l'abdomen, la première question à se poser est de savoir si elle est bien développée dans la cavité abdominale et non dans la paroi, et quelquefois le problème est assez difficile à résoudre. S'il est facile de reconnaître une tumeur développée dans la couche graisseuse sous-cutanée comme un lipome, il est certaines tumeurs développées dans la couche cellulaire sous-péritonéale, par exemple, des fibromes

(1) *Anatomie topographique*, 3e édition, p. 707.

sous-péritonéaux, dont la face externe adhère à la face profonde de la paroi abdominale, et dont le diagnostic est souvent très difficile. Comment reconnaître une tumeur de la paroi? Une fois la tumeur bien délimitée, sa forme, sa consistance étant connues (notions quelquefois bien vagues quand l'exploration est rendue presque impossible par l'épaisseur des parois abdominales chez les sujets gras), il faut faire exécuter au malade une grande inspiration et, fixant en même temps le point culminant de la tumeur qu'on pourra marquer avec un crayon dermographique, on suivra des yeux le même point pendant toute la durée d'un mouvement respiratoire. Si ce point ne se déplace pas, on est en présence d'une tumeur de la paroi; si au contraire il se déplace, c'est qu'il suit le mouvement des organes de la cavité abdominale qui, refoulés par le diaphragme, reviennent à leur disposition normale, et que la tumeur est développée aux dépens d'un de ces organes. S'il s'agissait d'une tumeur abdominale adhérente à la paroi, le diagnostic clinique serait impossible à faire.

Nous admettons qu'il s'agit bien d'une tumeur développée dans la cavité abdominale; si nous constatons, par la percussion, l'existence d'une zone de sonorité en avant, nous pouvons affirmer que la tumeur n'est pas développée aux dépens d'un organe entouré de péritoine, mais provient d'un organe situé dans l'espace rétro-péritonéal. C'est ainsi qu'après avoir éliminé les tumeurs des organes enveloppés par le péritoine, on fit successivement le diagnostic de rein flottant, puis d'invagination intestinale chronique, chez le malade atteint de kyste du mésentère, dont M. Tillaux rapporte tout au long l'observation dans son *Traité d'anatomie topographique* (1). Mais ce malade même a permis d'ébaucher un chapitre sur la pathologie des tumeurs du mésentère, et c'est en se fondant sur les symptômes que nous allons exposer, et que nous retrouvons dans l'observation précédente, que M. Tillaux a pu diagnostiquer récemment un autre kyste du mésentère, diagnostic qui a permis une intervention suivie de guérison complète. Etant donnée la disposition anatomique du mésentère, les tumeurs de cet organe sont extrêmement mobiles dans tous les sens, de droite à gauche et de haut en bas; et c'est ce caractère de mobilité extrême qui est pour ainsi dire pathognomonique. Toutes les fois donc qu'on trouvera une tumeur de la cavité abdominale, développée dans l'espace rétro-péritonéal, c'est-à-dire présentant en avant une zone de sonorité à la percussion, et pouvant passer de droite à gauche avec la plus grande facilité, aussi mobile que l'intestin grêle, ce seul caractère anatomique devra faire penser à une tumeur du mésentère. Et c'est ce même signe qui permettra de différencier une tumeur du mésentère d'un kyste du rein, et surtout de l'affection qui lui ressemble le plus, le rein flottant. Dans le kyste du rein, on trouve bien à la percussion une zone de sonorité en avant de la tumeur; mais le rein est un organe fixe, et la tumeur ne présente pas du tout de mobilité. Aussi le diagnostic est-il souvent beaucoup plus délicat dans les cas de rein flottant où nous avons, comme dans le kyste du mésentère, une tumeur mobile pouvant présenter à la percussion une zone de sonorité en avant. Dans ce cas même, le diagnostic semble encore pouvoir se faire d'après les seules données anatomiques. La mobilité n'est pas aussi grande que celle des tumeurs du mésentère; il est difficile de comprendre qu'on puisse faire passer un rein de droite à gauche ou inversement. En outre, si la paroi abdominale n'est pas trop épaisse (et c'est souvent chez des femmes très amaigries que se rencontre cette affection), la palpation permettra de reconnaître la forme caractéristique du rein, la dépression répondant au hile. Si l'on vient à presser la tumeur, elle glisse sous le doigt, s'échappant, s'énucléant pour ainsi dire comme un noyau; et dans le décubitus horizontal, on la trouvera située latéralement dans le flanc ou la fosse iliaque. La tumeur du mésentère, au contraire, est lisse, rénitente, ne présente pas en général de forme déterminée. De plus, elle occupe à peu près la ligne médiane; car le mésentère, quoique obliquement dirigé de haut en bas et de gauche à droite, est sensiblement situé sur la ligne médiane par rapport

(1) Page 708, 3e édition.

à l'axe du corps, et les tumeurs de cet organe, à moins qu'elles n'aient été déplacées à la suite d'examens répétés du malade, devront, à l'état de repos dans le décubitus horizontal, occuper le même siège, ou tout au moins n'être pas aussi latérales qu'une tumeur du rein ou un rein flottant. Ces symptômes anatomiques tirés de la forme, de la consistance, de la situation et de la mobilité bien moins grande du rein, permettront de faire le diagnostic différentiel. Mais, outre le mésentère, il y a un organe, dont les tumeurs présentent une mobilité aussi grande et un siège parfois identique, c'est le grand épiploon. Situé en avant du paquet intestinal, cette espèce de tablier séro-adipeux est, en effet, mobile dans tous les sens, et les tumeurs qui se développent dans son épaisseur présentent la même mobilité. Mais situées, comme lui, en avant de l'intestin grêle, elles répondent directement à la paroi abdominale, et à la percussion on trouvera une matité absolue. Il n'y a pas d'anse d'intestin interposée entre la tumeur et la paroi abdominale; l'intestin est refoulé en arrière et la matité est complète. C'est là le grand signe différentiel des tumeurs du mésentère et du grand épiploon, qui présentent comme symptôme commun leur mobilité très grande dans tous les sens.

En résumé, les symptômes anatomiques d'une tumeur du mésentère sont :

1° La situation sur la ligne médiane;

2° Une mobilité très grande dans tous les sens;

3° Une zone de sonorité à la percussion.

La tumeur du grand épiploon doit présenter la même mobilité, et peut occuper le même siège; mais on constatera une matité absolue à la percussion.

Le rein flottant présentera, comme les tumeurs du mésentère, une zone de sonorité à la percussion, et un certain degré de mobilité; mais il s'en distinguera par son siège latéral, sa forme et sa consistance spéciales, sa mobilité moins grande.

Enfin, la tumeur du rein, dont le symptôme commun est une zone de sonorité à la percussion, présentera comme signes différentiels : l'absence complète de mobilité et sa situation latérale.

Il est évident qu'il ne faut pas admettre les symptômes anatomiques que nous venons de résumer, d'une façon trop absolue; telle tumeur du mésentère pourra ne pas siéger exactement sur la ligne médiane; telle autre développée dans le pédicule présentera une mobilité bien moindre que si elle répondait au bord intestinal. Il y a pour ainsi dire des degrés dans la manifestation de tel ou tel symptôme, et c'est le mérite du clinicien de savoir les discerner. Nous n'avons voulu, dans ces quelques lignes, que faire ressortir les points spéciaux sur lesquels M. Tillaux avait particulièrement insisté, nous montrant que certains symptômes, tirés de l'anatomie pure, peuvent contribuer à l'étude du diagnostic d'une tumeur du mésentère, en les opposant à ceux de même ordre qui caractérisent les tumeurs avec lesquelles elles pourraient être le plus facilement confondues. C'est ainsi que l'anatomiste vient en aide au clinicien, et, le complétant en quelque sorte, lui apporte une base anatomique, c'est-à-dire précise et certaine, sur laquelle pourront s'édifier les symptômes fonctionnels, qui formeront un ensemble clinique complet et conduiront à un diagnostic certain.

CHRONIQUE

Le Musée de l'Ariège. — Notre laborieux confrère, M. le docteur Garrigou, ne s'est pas borné à chercher du mercure dans les eaux de Saint-Nectaire; il a recherché dans les grottes de l'Ariège les traces d'anciens habitants de cette région, et après avoir fondé un laboratoire hors ligne pour les analyses d'eaux minérales, il a créé à Foix un Musée d'ethnographie, de géologie, d'histoire naturelle, comme bien peu de villes de province en possèdent.

Ce Musée est l'œuvre de 25 ans. M. Garrigou a commencé par faire des fouilles dans les grottes des montagnes des environs, et en particulier dans celles de Massat, de Gargas, de l'Herm. C'est dans la grotte de Massat qu'il a trouvé un fragment de schiste sur lequel on

distingue un ours, type de la grande race des cavernes, nettement dessiné à la pointe. Plus tard, il trouva un bois de renne sur lequel une chèvre est tout aussi nettement représentée. Ces vestiges de l'art chez l'homme des cavernes ont d'abord été accueillis avec une grande incrédulité; mais depuis, la découverte d'autres objets gravés ou sculptés a convaincu les sceptiques.

Quand M. Garrigou eut fait une ample récolte de pièces antéhistoriques, il pensa qu'il valait mieux essayer de les réunir à plusieurs petites collections particulières dont il connaissait l'existence autour de lui, et d'en faire une collection unique, mais d'une valeur beaucoup plus grande, que d'exposer ces richesses à être dispersées dans un avenir plus ou moins éloigné. Il fit donc appel aux bonnes volontés du maire de Foix, du préfet de l'Ariège, du Conseil général, de la Société ariégeoise des sciences, lettres et arts, et il finit par obtenir un local où il put centraliser le résultat de trouvailles particulières, et des vitrines où on put les ranger. Le Musée de l'Ariège était fondé.

On y trouve actuellement un grand nombre de pièces préhistoriques, une vingtaine de têtes d'ours, dont quelques-unes mesurent jusqu'à 52 centimètres de longueur; un crâne d'hyène fossile; des ossements de rennes, trouvés en même temps que des ossements humains; des haches de silex, des flèches en corne; des meules à broyer le grain; dss pierres à aiguiser les haches et les flèches, etc. Les richesses minéralogiques de la contrée sont représentées par de nombreux échantillons fossiles ou actuels. Un herbier, ne contenant pas moins de 700 plantes, toutes recueillies dans le département de l'Ariège, et constituant la moitié environ de la flore ariégeoise, a été réuni par M. Huet, professeur à Pamiers.

L'inauguration du Musée a eu lieu le 1er avril devant toutes les autorités du département, et les chaleureuses félicitations que M. Garrigou a reçues de ceux qui l'ont vu à l'œuvre, ont dû lui paraître une douce compensation des désillusions que des critiques peu bienveillantes avaient infligées à ses travaux chimiques.

Cette création d'un Musée départemental est une œuvre digne des plus grands éloges et que nous ne pouvons que louer comme elle le mérite. Elle a comme résultat direct de préserver des richesses qui eussent pu sans cela, comme nous l'avons dit, être perdues; elle a de plus l'avantage de faire connaître à tous les intéressés un grand nombre de pièces dont ils eussent sans cela ignoré l'existenee; enfin, elle ne peut qu'encourager bon nombre de personnes fortunées et désœuvrées à se livrer aux recherches paléontologiques qui sont si intéressantes et dont les trouvailles ont une si grande importance, au point de vue de l'origine et de l'histoire primitive de notre espèce dans chacune de nos provinces. Ces recherches constituent une des parties les plus amusantes de la science, et leurs résultats sont le plus grand stimulant qui puisse être donné au développement de l'esprit scientifique loin des grands centres; c'est là que se trouve la véritable voie de la décentralisation.

Quant à l'œuvre des musées départementaux, auxquels les visites annuelles de l'association française pour l'avancement des sciences dans les grandes villes de province ont donné tant de relief, elle trouvera un puissant encouragement, nous n'en doutons pas, dans le magnifique résultat auquel est arrivé M. le docteur Garrigou.

Mesures relatives à l'enlèvement des embryons provenant d'accouchements prématurés. — Dans la séance du Conseil municipal de jeudi dernier, M. le docteur Frère a donné lecture d'un rapport sur l'organisation du service de l'enlèvement, à domicile, des embryons de six semaines à quatre mois de gestation. L'abandon des embryons sur la voie publique ou leur projection dans les égouts ou les fosses d'aisances blessent profondément le sentiment des convenances et sont de nature à mettre inutilement en mouvement la police judiciaire. Il est maintenant démontré que les formes habituelles des inhumations, aussi bien que la dépense qu'elles entraînent, avaient seules, jusqu'à ce jour, déterminé beaucoup de familles à s'en affranchir pour les embryons. Afin de remédier à cette situation fâcheuse, l'administration a traité avec le service des pompes funèbres, qui a consenti à enlever gratuitement, à domicile, les embryons déclarés dans les mairies, et à les transporter au cimetière de la Villette. Mais cette manière de procéder a ému la Société de médecine légale, qui y fait plusieurs objections. Aussi le rapporteur, tout en étant partisan de continuer le système récemment inauguré, invite le préfet à demander au ministre de la justice d'adresser à qui de droit les instructions propres à déterminer d'une manière précise les exigences imposées aux personnes ayant assisté des femmes dans les cas d'accouchement prématuré, et les responsabilités légales qui leur incombent.

Maisons mortuaires d'attente. — Dans la même séance, M. le docteur Frère a lu un autre rapport tendant à autoriser l'administration à construire, dans les dépendances des cimetières du Nord, de l'Est et du Sud, des maisons mortuaires où les familles pauvres pourraient faire transporter, en attendant l'inhumation, les corps des personnes décédées, ce qui éviterait à

des familles, souvent composées de cinq, six ou huit personnes et n'ayant comme habitation qu'une seule pièce, de rester pendant vingt-quatre et quelquefois quarante-huit heures en contact avec un corps inanimé dont la décomposition peut engendrer des éléments morbides. Quant aux cadavres provenant de personnes mortes à la suite de maladies contagieuses, il a été rappelé aux maires qu'ils peuvent, après l'avis du médecin de l'état civil, faire procéder immédiatement à l'inhumation de ces décédés, sans qu'il soit besoin d'attendre l'expiration du délai de vingt-quatre heures prescrit pour les inhumations ordinaires. La dépense de construction de chaque maison mortuaire reviendrait à 80,000 francs.

MM. Rousselle et Robinet trouvent que cette dépense est exagérée. En Allemagne, on construit des maisons mortuaires qui ne reviennent qu'à 15 ou 20,000 fr. Ils ne croient pas en outre qu'il y ait lieu de construire tout de suite trois maisons mortuaires ; une seule suffirait pour faire l'essai, afin de voir si la population parisienne accueille favorablement cette innovation Ils demandent donc le renvoi à la commission pour la présentation d'un nouveau devis d'un prix moins élevé et pour la désignation d'un emplacement pour l'établissement d'un seul dépôt mortuaire, à titre d'essai. Si l'expérience réussit, on verra s'il y a lieu de construire d'autres dépôts, notamment dans les quartiers populeux.

Après une longue discussion à laquelle prennent part M. Lamouroux, qui voudrait que les maisons mortuaires fussent établies dans les cimetières extra-muros, et MM. Georges Martin et Levraud, qui combattent cette idée, le Conseil renvoie l'affaire à la commission, conformément à la proposition de MM. Rousselle et Robinet.

Projet de réforme des études préliminaires à la médecine en Allemagne. — Au ministère de l'instruction publique de Prusse on s'occupe de nouvelles réformes dans l'enseignement de la médecine et surtout la collation des grades. Jusqu'aujourd'hui il fallait, pour l'immatriculation, un certificat d'études correspondant à peu près à notre baccalauréat ès lettres. M. Henssen, professeur de physiologie à Kiel, revendique énergiquement pour les jeunes gens munis d'un diplôme équivalant à peu près à notre diplôme de l'enseignement secondaire spécial, le droit de s'inscrire dans les Facultés de médecine. D'après lui, on trouverait au moins 10 pour 100 de candidats qui passent péniblement l'examen d'état sans avoir la somme de connaissances nécessaires pour exercer honorablement leur art. On pourra sans doute obvier à cet inconvénient par une modification des examens scolaires, mais le meilleur moyen selon lui est d'écarter le plus tôt possible de l'étude de la médecine ceux qui n'ont aucune aptitude pour elle. La sélection serait plus facile dans les gymnases réels que dans les gymnases classiques, d'autant mieux qu'aux examens subis par les élèves de ces derniers les langues anciennes priment le reste. On aurait tort de déprécier l'enseignement des collèges spéciaux, de considérer comme une culture d'ordre inférieur celle qu'ils confèrent. Les officiers ne font pas d'études classiques ; les fabricants, les ingénieurs, les commerçants allemands jouissent d'une considération sérieuse même à l'étranger, et tous sortent du *Realgymnasium.*

Il y a lieu de croire d'ailleurs que les institutions médicales allemandes sont loin de satisfaire tout le monde. La durée minima du temps d'études est aujourd'hui comme en France de quatre ans et demi (neuf semestres) ; ce temps a été fixé par un décret en 1879. Diverses Universités ont présenté des observations ; l'administration a répondu que la prolongation des études ne pourrait que favoriser les empiriques. Ces considérations ont peu touché les médecins bavarois, qui réclament avec insistance près du *Bundesrath* un minimum de 10 semestres d'études. (*Gaz. hebdom.* du 27 avril.)

THÉRAPEUTIQUE

QUELQUES MOTS SUR L'IODURE DE POTASSIUM.

Depuis que Coindet a introduit dans la thérapeutique l'usage des préparations iodiques, les indications de ce médicament sont devenues plus précises. D'abord considéré comme le spécifique de la syphilis tertiaire et de la cachexie scrofuleuse, l'iodure de potassium fut employé avec le plus grand succès dans l'albuminurie, dans les intoxications chroniques par le plomb et le mercure, dans le traitement du goitre et de certaines paraplégies, et dernièrement enfin contre l'asthme, où, dans la grande majorité des cas, il réussit admirablement. Une récente discussion à l'Académie de médecine a mis en évidence ce fait autrefois signalé par Trousseau, et depuis lors, nous avons eu de fréquentes occasions de l'observer.

C'est à la dose de 1 gr. 50 par jour que nous le prescrivions, et toujours il nous a paru agir avec la plus grande efficacité. Nous l'avons administré sous forme de solution aqueuse ou en

sirop. Mais presque toujours nous avions à constater la répulsion de nos malades, à cause de sa saveur amère et de son action sur les dents.

Aussi est-ce avec empressement que nous avons adopté les dragées d'un pharmacien bien connu du Corps médical, M. Foucher (d'Orléans), — qui a eu l'ingénieuse idée d'enrober le médicament, de telle façon qu'il est à la fois à l'abri du contact de l'air et qu'il ne se dissout que dans l'estomac. Ces dragées contiennent 25 centigr. d'iodure de potassium; on peut donc administrer ce médicament de la façon la plus exacte et la plus facile.

On peut donc dire aussi que M. Foucher, par son système de préparation, a réalisé le *cito, tuto et jucunde* de l'art pharmaceutique. Aussi ne saurions-nous trop engager nos confrères, qui déjà ont adopté ses dragées à l'iodure de fer et de manne, à prescrire ses nouvelles dragées à l'iodure de potassium. C'est une excellente préparation.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Présentations. — Rapport sur une observation de tumeur dermoïde de l'œil. — Communication avec présentation de malade : De la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule avec écartement des fragments. — Des relations du rachitisme avec la syphilis; discussion.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Lépine (de Lyon), un travail manuscrit sur la restauration de la lèvre inférieure par un nouveau procédé.

M. GUÉNIOT présente, au nom de M. le docteur Verrier, une note sur un vice de conformation (palmation) des doigts.

M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Eugène Bœckel (de Strasbourg) et Denucé (de Bordeaux), membres correspondants, assistent à la séance.

M. le Président invite ensuite M. Paul Reclus, récemment nommé membre titulaire, à prendre place parmi ses collègues.

— M. PONCET (de Cluny) lit un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Brière et relative à une tumeur dermoïde de l'œil sur un enfant âgé de trois jours.

— M. le docteur BEAUREGARD (du Havre) fait une communication sur la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule avec écartement des fragments, et présente un malade auquel il a pratiqué avec succès cette opération. (Comm. : MM. Th Anger, Nicaise et Chauvel.)

M. MAGITOT fait une communication sur la question de la descendance syphilitique du rachitisme. Dans l'une des dernières séances, dans une discussion qui a suivi la communication faite sur ce sujet par M. Cazin (de Berck-sur-Mer), des arguments tirés de l'observation clinique ont été opposés par MM. Cazin, Desprès, Horteloup, Lucas-Championnière à la doctrine de M. Parrot. Il semble donc qu'il ne reste plus désormais à l'actif de cette doctrine que les signes tirés des lésions trophiques des dents : sillons, échancrures, etc., qui dans la pensée de l'auteur seraient absolument caractéristiques de la syphilis héréditaire, puisqu'il les désigne sous le nom de *syphilis dentaire*.

Or, à son tour, M. Magitot veut essayer de démontrer que l'érosion des dents, telle que la décrivent MM. Hutchinson et Parrot, ne représente nullement un caractère de syphilis héréditaire. Il se bornera, d'ailleurs, dans cette communication, à poser les trois problèmes suivants :

1° L'érosion des dents est-elle, comme l'affirme M. Parrot, un signe caractéristique et indéniable de la syphilis héréditaire?

2° La syphilis héréditaire imprime-t-elle à l'appareil dentaire des lésions reconnaissables, et quel est le caractère de ces lésions?

3° Quelles sont les causes et la nature de l'érosion?

A la première question, M. Magitot répond par les arguments suivants :

1° Des sujets notoirement affectés de syphilis héréditaire n'offrent pas l'érosion caractéristique; tel est le témoignage de MM. Cazin, Horteloup, Alfred Fournier. A ces témoignages, M. Magitot croit devoir ajouter une preuve fournie par la science ethnologique. On sait, depuis les travaux d'Arnould, de Leclerc, de Rollet, que la syphilis est endémique chez les Kabyles d'Algérie, tandis que d'après l'enquête la plus minutieuse entreprise par M. Magitot

à Fort-National, en 1881, sur les tribus le plus fréquemment attteintes de lèpre kabyle, l'érosion ne s'y observe pas.

Il est d'autres races chez lesquelles la syphilis est très répandue, telles que les Chinois, les Japonais. les Mexicains, les Péruviens, etc., et bien que les observations directes fassent ici défaut, il résulte de l'examen des collections assez nombreuses de crânes appartenant soit à l'époque contemporaine, soit à des époques plus ou moins anciennes, que l'érosion dentaire est complètement absente sur ces pièces osseuses.

Il est vrai que sur le maxillaire inférieur d'un jeune Franc de l'époque gallo-romaine, on a découvert un double sillon d'érosions des plus caractérisés ; mais, en l'absence de tout renseignement sur les maladies intercurrentes de l'enfance du sujet d'où provient cette pièce, il n'est pas possible de lui accorder la moindre valeur séméiologique.

2° Des sujets affectés d'érosion dentaire prétendue caractéristique de la syphilis héréditaire ont pu contracter un chancre infectant contre lequel ils auraient dû être préservés en vertu de l'immunité acquise héréditairement. M. Horteloup a signalé un exemple de ce genre.

3° Un grand nombre de sujets chez lesquels l'enquête la plus minutieuse n'a pu réussi à retrouver les traces de la syphilis, présentaient les érosions les plus manifestes.

Les exemples de ce fait abondent et M. Magitot, pour sa part, en a recueilli un nombre considérable, dont 40 ont été communiqués au Congrès de Londres en 1881.

4° L'érosion des dents se retrouve avec les caractères de netteté et de précision parfaite chez les animaux que la syphilis n'atteint pas. On l'a observée sur deux incisives d'une mâchoire de bœuf, et, tout récemment, sur une mâchoire de chien. (M. Capitan.)

A la seconde question : La syphilis héréditaire imprime-t-elle à l'appareil dentaire des lésions trophiques appréciables? M. Magitot répond : Oui, assurément la syphilis infantile exerce sur l'évolution des dents, comme sur celle de bien d'autres organes en voie de formation embryonnaire, une influence considérable, mais ce n'est pas sous l'une des formes quelconques de l'érosion que cette influence se manifeste. Bien plus, la syphilis héréditaire, pour M. Magitot, serait incapable de produire cette lésion si spéciale : cupules, sillons, échancrures, caractéristique de l'érosion.

Si l'on considère, par exemple, l'un des types de l'érosion, le sillon simple qui est dû essentiellement à l'arrêt du développement de l'ivoire et de l'émail, arrêt de développement exactement limité à ce sillon, tandis qu'au-dessus et au-dessous de lui les tissus ont leur structure normale ; que doit-on conclure ? Que l'interruption a été non seulement brusque, subite, mais temporaire. Son niveau et sa hauteur représentent d'ailleurs exactement à la fois l'époque de l'invasion et la durée de l'influence perturbatrice. Or un sujet, né syphilitique, qui, dès la période fœtale, suivant M. Parrot, et pendant les premières années de la vie, serait d'une façon permanente en puissance de syphilis, pourrait-il présenter cette lésion de l'érosion, de caractère à la fois si brusque et de si courte durée?

Le rôle de la syphilis infantile, comme celui de toutes les diathèses en général, est tout autre. Il a été reconnu et décrit depuis longtemps par un grand nombre d'auteurs, chez les enfants attardés, scrofuleux, chez les idiots et surtout chez les rachitiques.

On y trouve les dents petites, difformes, ordinairement conoïdes, de constitution anatomique et chimique défectueuse, et, de plus, apparaissant irrégulièrement et tardivement. Elles sont aussi frappées, avec des anomalies d'éruption et de nombre, d'une sorte de dégradation morphologique pouvant se traduire par deux mots : *nanisme* et *amorphisme*.

Enfin, relativement à la troisième et dernière question des causes et du mécanisme de l'érosion, M. Magitot pense qu'il s'agit, au point de vue du mécanisme, d'un trouble ou d'un arrêt dans le développement de deux tissus, l'émail et l'ivoire, laissant des traces irréparables et indélébiles, d'une anomalie de nutrition, d'une *dystrophie*, en un mot, et non pas d'une *atrophie*, comme le voudrait M. Parrot.

En ce qui concerne les causes, il faut les chercher dans les affections de l'enfance qui présentent le plus nettement les conditions d'apparition subite et de perturbation grave de la nutrition, au milieu de la période d'évolution la plus normale, phénomènes suivis, à leur tour, après ce temps d'arrêt, du rétablissement également brusque et complet de l'état physiologique ; ce sont les affections à forme convulsive, c'est-à-dire *l'éclampsie infantile*, incapable, sans doute, à ne considérer que la crise en elle-même, de produire l'érosion, mais indiquant un trouble profond du système nerveux dont l'attaque n'est qu'une manifestation extérieure. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que l'éclampsie infantile n'apparaît presque jamais sous forme d'attaque unique et isolée, mais de séries de crises plus ou moins nombreuses durant, dans leur ensemble, plusieurs heures, plusieurs jours, plusieurs semaines, parfois même plusieurs mois ?

En outre, en peut-on nier la gravité, alors que l'éclampsie cause si souvent la mort ou

qu'elle laisse après elle les plus grands désordres : le strabisme, la surdi-mutité, les contractures, l'idiotie? Quoi d'étonnant qu'un tel état puisse affecter les dents dont l'évolution est contemporaine de ces périodes de crises?

Cette explication, du reste, ne saurait être mise en doute en présence des preuves de toute sorte sur lesquelles on s'appuie : preuves historiques d'abord, car c'était une vérité banale pour les anciens auteurs, que l'origine éclamptique de l'érosion; preuves cliniques, ensuite, car les observations sont innombrables qui établissent cette relation indubitable entre l'éclampsie et l'érosion, en l'absence de toute autre intervention morbide. M. Magitot, pour sa part, en a présenté quarante, au Congrès de Londres en 1881.

Broca n'avait point accepté d'abord cette manière de voir et s'était rattaché à l'opinion que des affections diverses de la première enfance étaient susceptibles de causer l'érosion ; mais plus tard il s'est déclaré complètement rallié à l'opinion de l'origine éclamptique, lorsqu'il a émis son hypothèse bien connue sur le but que se proposaient les chirurgiens de l'époque néolithique, lorsqu'ils pratiquaient la trépanation crânienne. On sait, en effet, que l'opération se pratiquait sur les enfants en bas âge et non sur les adultes. Dans les collections des crânes de cette époque, on en trouve un certain nombre appartenant à des adultes et sur lesquels on voit les ouvertures de la trépanation; mais l'état de la réparation cicatricielle indique que l'opération remonte à l'enfance.

D'autre part, certains rapprochements historiques et ethniques vinrent confirmer Broca dans cette idée que la trépanation, à l'époque préhistorique, était dirigée contre les affections convulsives, ce qui lui fut, d'ailleurs, démontré de la manière la plus positive par la découverte de crânes trépanés, sur lesquels il était facile de voir des dents frappées d'érosion.

De toutes ces considérations, M. Magitot croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'érosion des dents, sous les formes décrites par MM. Hutchinson et Parrot, n'est nullement caractéristique de la syphilis héréditaire ;

2° La syphilis héréditaire imprime aux dents des lésions spéciales, communes d'ailleurs à toutes les diathèses en général et qui se traduisent par un ou plusieurs des états suivants : réduction numérique, retards d'éruption, nanisme, amorphisme, mais non par l'érosion ;

3° La cause de l'érosion dentaire réside dans certaines affections du premier âge avec troubles du système nerveux et de la nutrition générale, et plus particulièrement dans les états à forme convulsive tels que l'éclampsie infantile.

M. Lucas-Championnière est d'accord avec M. Magitot sur tous les points qu'il a traités dans sa communication, excepté sur celui relatif à l'influence de l'éclampsie infantile, comme cause de l'érosion dentaire. Il lui a été donné d'observer, dans plusieurs familles, des enfants dont les dents étaient érodées sans que jamais ces enfants aient eu des convulsions. D'ailleurs l'éclampsie infantile est une maladie de très courte durée, à tel point qu'elle a été même révoquée en doute par divers auteurs en dehors de l'éclampsie symptomatique de la tuberculose cérébrale. C'est donc une maladie extrêmement rapide, résultant d'un état particulier du système nerveux, et il est peu probable, vu la rapidité de son évolution, qu'elle puisse arrêter le développement des follicules dentaires. L'opinion qu'avait d'abord adoptée Broca sur la cause de l'érosion, qu'il attribuait à toute maladie grave ou durable, survenue pendant la période de l'évolution dentaire, cette opinion était bien plus logique suivant M. Championnière, que celle qu'il a admise plus tard, avec M. Magitot, sur l'origine éclamptique de l'érosion.

M. Championnière ne croit pas que l'observation clinique confirme cette manière de voir. Quant à l'argument tiré de la trépanation pendant la période préhistorique, il n'aurait nullement l'importance que M. Magitot lui attribue. D'abord les crânes néolithiques trépanés auxquels il a été fait allusion, sont bien des crânes d'adultes, et rien ne prouve, quoi qu'en dise M. Magitot, que la trépanation ait été pratiquée sur ces crânes pendant l'enfance des sujets, car on n'y trouve aucune trace de développement postérieur à la trépanation. C'est une erreur de croire avec Broca que la trépanation ne fût jamais pratiquée sur les adultes, dans ces temps reculés. Il est infiniment probable que les choses se passaient autrefois comme nous les voyons se passer encore aujourd'hui dans les tribus barbares.

M. Championnière a vu, à Biskra, un prêtre indigène qui lui a proposé de le rendre témoin de trépanations pratiquées chez des adultes. Les occasions de pratiquer de semblables opérations sont fréquentes en Kabylie. Il suffit qu'une personne accuse des douleurs de tête plus ou moins violentes pour qu'on lui fasse la trépanation. L'interlocuteur de M. Championnière avait été lui-même trépané quatre fois par son père. Du reste, la trépanation a eu son origine première dans des idées superstitieuses; elle avait pour but de faire sortir de la tête des malades l'esprit ou le diable qui les tourmentait et leur donnait des convulsions; de là la fréquence de cette opération chez les enfants.

M. Marc Sée fait remarquer que l'érosion dentaire tient à l'absence du dépôt de l'émail sur le point de la dent qui est le siège de l'érosion. Cette absence de dépôt est le résultat d'un trouble de la nutrition générale sous l'influence d'une maladie quelconque survenue pendant le travail de l'évolution dentaire; elle peut donc être produite par la syphilis comme par toute autre maladie grave, mais la lésion permanente qui en résulte n'est pas le moins du monde un signe propre à la syphilis.

M. Desprès a vu nombre d'enfants âgés de cinq à dix ans avec des dents érodées et qui n'avaient jamais eu de convulsions; il n'a pu trouver d'autre cause à cette altération des dents que l'influence d'une alimentation défectueuse pendant la période de l'évolution dentaire; la plupart de ces enfants avaient été nourris au biberon et avaient eu la diarrhée pendant un temps plus ou moins long. En recherchant si les parents avait éprouvé quelque maladie grave avant la conception des enfants atteints de ces lésions dentaires, M. Desprès a trouvé une fois que la mère avait eu la fièvre typhoïde quelque temps avant de concevoir l'enfant sur lequel on pouvait constater l'érosion.

En somme, pour M. Desprès, une maladie quelconque, mais d'une certaine durée, survenue pendant la période de l'évolution dentaire, peut déterminer l'érosion.

M. Magitot fait remarquer l'accord qui existe entre ses collègues et lui au sujet de la signification de l'érosion dentaire qui, aux yeux de tous, n'est en rien caractéristique de la syphilis héréditaire, comme le prétend M. Parrot. Le seul dissentiment entre M. Magitot et ses collègues a trait à l'origine éclamptique de l'érosion admise par lui, rejetée par eux. M. Magitot ne croit pas, cependant, que cette origine puisse être révoquée en doute, vu le nombre considérable d'observations qui la démontrent; pour sa part, il a recueilli 40 observations dans lesquelles l'éclampsie a été la seule cause qui pût être invoquée pour expliquer l'altération dentaire. De ce que, dans beaucoup de cas, les convulsions n'ont pas été notées comme antécédents, ce n'est pas une raison de croire qu'elles n'aient pas existé, car il est souvent difficile de retrouver les antécédents exacts des malades. C'est d'ailleurs, une vérité banale que l'existence de l'érosion chez les enfants ayant eu des convulsions. L'éclampsie qui tue souvent et qui, lorsqu'elle ne tue pas, occasionne des désordres si graves du système nerveux, est une maladie assez sérieuse pour troubler le travail de l'évolution des dents.

M. le Président dit qu'il y aurait lieu, comme comparaison avec la série des 40 observations d'enfants ayant eu des convulsions avec érosions, de rechercher s'il n'y aurait pas une série égale d'enfants ayant eu des convulsions sans érosion. — A. T.

JOURNAL DES JOURNAUX

Relation d'une épidémie de dysenterie saisonnière, par le docteur F. Moty. — Cet important mémoire est consacré à l'épidémie de Bourges pendant l'année 1881 et à l'étude des germes dysentériques. Parmi les conclusions, quelques-unes, telles que la propagation de la maladie par les déjections et les conditions antihygiéniques comme causes prédisposantes, sont anciennement connues et seulement confirmées par les recherches actuelles. De plus, l'auteur établit que l'inflammation dysentérique est comparable, par ses effets, à un léger traumatisme souvent répété, et n'est pas par conséquent de nature absolument infectieuse. Le miasme dysentérique, qui est facilement détruit par le froid ou les désinfectants, ne consiste pas dans des microbes des selles dysentériques; sur ce point, les recherches de M. Moty sont négatives. Enfin, le traitement le plus efficace consistait dans la médication par le calomel. (*Recueil de méd. et de chir. milit.*, sept., oct. 1882, p. 461.)

Dysménorrhée par hyperesthésie de la membrane hymen, par le docteur Watts. — Réglée depuis l'âge de 12 ans, la malade, qui a 19 ans, éprouvait des douleurs périnéales, de la céphalalgie et des troubles digestifs au moment des règles. Celles-ci duraient pendant dix jours et les phénomènes douloureux disparaissaient avec la cessation des règles.

Il n'existait pas de vaginisme; l'orifice hyménial était normal, mais le plus léger contact sur cette membrane provoquait d'intenses douleurs. Pendant la période menstruelle, la voix se modifiait et les troubles de phonation étaient tels que la malade ne pouvait chanter.

Dans la discussion dont cette communication fut l'objet, devant la Société obstétricale de New-York (7 mars 1882), les docteurs Foster et Watts ont expliqué les troubles nerveux réflexes par l'irritation de l'hymen hyperesthésique au contact du liquide cataménial. Il se produirait alors un spasme vaginal, sorte de vaginisme, faisant obstacle à l'écoulement menstruel. (*New-York med. Journ.*, p. 170; 2 août 1882.)

Rupture du canal hépatique, prr M. le docteur FRALAND. — Le malade, vieillard de soixante-cinq ans, était atteint de fièvre intermittente. Pendant de violents efforts de vomissement, il éprouva une vive douleur, qui fut suivie de météorisme abdominal et de collapsus. A l'autopsie, on trouva un épanchement de bile et de sang dans la cavité inflammatoire, des lésions inflammatoires d'une péritonite et une déchirure du conduit hépatique obstrué par des calculs biliaires. (*The Lancet*, 6 mai 1882.)

De l'ergot de seigle dans les maladies de la peau, par le docteur HEITZMANN. — Dans la séance du 1er septembre 1882 du Congrès de la Société de Dermatologie de New-York, le docteur Heitzmann a fait connaître les services qu'il a obtenus de l'emploi de l'ergot de seigle dans les affections congestives de la peau. Il a observé des cas de prurigo qui cédaient rapidement à ce médicament. De plus, il en a obtenu des effets favorables contre l'acné et en particulier contre les formes pustuleuses et contre l'érythème. L'ergot était employé soit à l'intérieur, soit en applications externes. (*Maryland Med. Journ.*, p. 230; 15 septembre 1882.)

C. E.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LA CYSTITE CHRONIQUE. — THOMPSON.

Acide benzoïque	0 gr 20 centigr.
Glycérine pure.	1 goutte.
Gomme pulv.	q. s. pour une pilule.

Dix à douze pilules, en deux ou trois fois, dans les vingt-quatre heures.

Au bout de sept à huit jours, les dépôts phosphatiques et purulents diminuent, puis disparaissent, et l'urine perd peu à peu de sa fétidité. — Au lieu d'acide benzoïque, on pourrait administrer les baume de tolu, du Pérou ou le benjoin qui en contiennent des proportions plus ou moins considérables. — Comme remède local, on applique au-dessus du pubis un large cataplasme chaud, saupoudré de farine de moutarde. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les élèves inscrits, ou qui se feront inscrire pour prendre part aux exercices opératoires (manœuvres obstétricales) qui auront lieu à l'Ecole pratique, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, devront se trouver réunis dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, le samedi 5 mai 1883, à trois heures précises, pour être mis en séries. Immédiatement après ce classement, M. le docteur Charpentier, agrégé, commencera ses démonstrations. Le registre d'inscription, à l'École pratique sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, au Bureau du chef du matériel, jusqu'au mercredi 4 mai 1883.

NÉCROLOGIE. — M. Vigneron, interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir à Boulogne-sur-Mer. Interne de première année, M. Vigneron avait constamment été malade depuis son concours.

— Le docteur Cloiraz de Montigny, le doyen des médecins du Valais, vient de succomber le 16 mars, à l'âge de 85 ans.

— Le docteur Baylon, de Genève, vient de mourir le 6 mars, à l'âge de 62 ans. Il avait soutenu sa thèse à Paris en 1850, sur l'hystérie.

— Le docteur Comoy, ancien médecin-major des mobiles de la Nièvre et médecin de l'hôpital général de Nevers, est mort dans cette ville, le 24 mars, à l'âge de 45 ans.

— M. Gassies, directeur du musée préhistorique de Bordeaux, est mort à l'âge de 67 ans.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies de la peau.* — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Bichat), le mercredi 2 mai 1883, à 8 heures 1/2 du matin, et les continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées au maladies des femmes.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 1er mai. — Dans la dernière séance, M. Regnauld est venu dire à l'Académie que le bichlorure de méthylène, anesthésique très vanté en Angleterre, n'est autre chose qu'un mélange de quatre volumes de chloroforme et d'un volume d'esprit de bois. De bichlorure de méthylène, il n'y a pas trace dans les fioles que nous expédient nos voisins d'outre-Manche; ce qui ne les empêche pas de nous les vendre fort cher, 47 fr. 75 au lieu de 10 fr. que le chloroforme coûte en France. Et cependant, le mélange de l'esprit de bois au chloroforme devrait en diminuer le prix, puisque l'alcool méthylique a très peu de valeur.

Quoi qu'il en soit, le professeur Le Fort a expérimenté dans une trentaine de cas ce produit peu sincère, que Spencer Wells utilise depuis longtemps, et, comme le célèbre ovariotomiste, il en a obtenu les meilleurs effets. Jusqu'à nouvel ordre, il semble que le faux bichlorure de méthylène diminue la période d'excitation et supprime les vomissements. Si l'étude clinique de M. Le Fort est corroborée par de nouveaux faits, la sévère analyse de M. Regnauld aura fait mieux que de révéler une supercherie commerciale; car sans doute le mélange de chloroforme et d'alcool méthylique n'aura pas besoin de traverser la mer pour donner de bons résultats, et nous ferons une anesthésie plus parfaite à meilleur marché... à la condition de ne pas acheter nos produits en Angleterre.

— Dans sa réunion du 25 avril, la Société des chirurgiens des hôpitaux a entendu de M. Nicaise le récit de la lutte qu'il a soutenue, de concert avec M. Moutard-Martin, pour empêcher l'administration d'adopter l'assimilation complète des accoucheurs aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux, et leur introduction dans tous les jurys de concours. Puis elle a voté l'ordre du jour suivant :

« La Société des chirurgiens des hôpitaux, remerciant son représentant au Conseil de surveillance de l'Assistance publique de son attitude à la fois digne et ferme, et protestant avec lui contre le vote de la majorité du Conseil, approuve unanimement sa retraite de ce Conseil. »

Enfin, une commission composée de MM. Trélat, Nicaise et Lannelongue a été chargée de prendre l'affaire en main et de s'adresser aux pouvoirs publics.

A son tour, la Société médicale des hôpitaux a voté d'unanimes félicitations à son représentant démissionnaire, et a nommé une commission de quatre membres, MM. Moutard-Martin, Féréol, Duguet et Bouchard.

Voici la lettre par laquelle M. Nicaise a envoyé au préfet de la Seine sa démission de membre du Conseil de surveillance :

Monsieur le préfet,

J'ai l'honneur de vous adresser ma démission de membre du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, et je vous prie de la transmettre à M. le ministre de l'intérieur.

Désigné par les suffrages des chirurgiens des hôpitaux pour siéger dans ce Conseil, j'avais, entre autres missions, celle de défendre les principes, toujours respectés jusqu'ici, sur lesquels repose la nomination du Corps médical des hôpitaux, et auxquels il doit sa valeur scientifique et morale, dont l'administration est la première à profiter.

Le Conseil a porté à ces principes une atteinte grave, qui aura pour conséquence l'abaisse-

ment du corps médical. Il a voté la création d'accoucheurs nommés par un concours spécial, tandis que les accoucheurs faisant déjà partie du corps médical hospitalier devaient leur origine au concours général.

Puis, sans tenir compte de l'opinion presque unanime des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, il a voté également l'introduction des accoucheurs, issus du concours restreint, dans les jurys des concours de médecine et de chirurgie, bien que par leurs études et leurs fonctions étroitement délimitées ils n'aient qu'une compétence spéciale, qui ne leur donne pas l'autorité suffisante pour juger les questions générales de médecine et de chirurgie.

Mon devoir est de protester contre ces décisions, et c'est ce qui me détermine, Monsieur le préfet, à vous remettre ma démission de membre du Conseil de surveillance.

Veuillez agréer, etc. NICAISE.

Une seconde lettre de M. Nicaise, adressée au *Temps*, mérite également d'être publiée ici :

Monsieur,

Vous avez publié dans le numéro du *Temps* du 27 avril une note d'après laquelle le motif de la démission de MM. Moutard-Martin et Nicaise, membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique, serait « une atteinte aux prérogatives du corps des médecins et des chirurgiens des hôpitaux » par l'introduction des accoucheurs dans *tous* les jurys de concours.

Cette note, trop succincte, demande une explication.

Si légitime que soit la revendication des prérogatives que l'on a acquises par ses travaux, notre mobile est plus élevé : nous voulons empêcher l'abaissement de la valeur scientifique du corps médical des hôpitaux.

Les accoucheurs, très compétents dans leur spécialité, ont qualité pour être juges des concours d'accouchement, mais non de ceux où se traitent exclusivement les questions de médecine et de chirurgie, qui sont en transformation incessante, grâce aux progrès rapides des sciences médicales.

Par leur présence dans les jurys des concours des médecins et des chirurgiens, ils prendraient la place d'un juge plus compétent ; le résultat en serait l'abaissement de la valeur du concours.

La composition des différents jurys est basée, non sur les droits des chefs de service, mais sur leur *compétence*.

C'est ce principe qui a guidé les administrateurs précédents dans les modifications successives apportées à la composition des jurys. Cette tradition est méconnue aujourd'hui. Pourquoi ?

Veuillez agréer, etc. NICAISE.

Le *Progrès médical*, dans son numéro du 28 avril, avait reproché à M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine et membre du Conseil de surveillance, de n'avoir pas défendu la cause des accoucheurs, au nombre desquels figurent deux agrégés. L'éminent doyen a répondu dans les termes suivants :

Mon cher confrère,

Vous vous méprenez tout à fait, permettez-moi de vous le dire, sur le caractère de mon intervention en ce qui touche à la modification proposée, par M. le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, au règlement relatif à la constitution des jurys de concours pour la nomination des médecins et des chirurgiens des hôpitaux.

Je suis de ceux qui pensent, et je suis heureux de vous le dire, que MM. Pinard et Budin, auxquels vous faites allusion dans le *Progrès médical* d'aujourd'hui, comptent au nombre des agrégés les plus distingués de la Faculté. Mais il ne s'agissait pas de défendre des hommes que j'aime et que j'estime, il s'agissait tout simplement de savoir s'il était utile, s'il était urgent de modifier un règlement de concours qui a donné, et qui donne tous les jours des résultats qui ne sauraient être meilleurs. Or, cela ne me paraît ni utile, ni urgent. Je le croyais il y a quelques jours, j'ai essayé de le dire ; je le crois encore aujourd'hui. Vous savez que je ne suis pas le seul à partager cette opinion.

Veuillez agréer, etc. J. BÉCLARD.

Nous sommes heureux de nous trouver d'accord avec la *Gazette hebdomadaire* et la *France médicale*. Celle-ci reproche amèrement à M. Quentin d'avoir oublié ses promesses, et lui rappelle, avec une ironie aussi cruelle que justifiée, les paroles

qu'il prononça le jour où, nommé Directeur de l'Assistance publique, il reçut le Corps médical des hôpitaux :

« Je me ferai un devoir, disait-il en s'adressant aux chefs des services hospitaliers, non seulement de donner la plus sérieuse attention à toutes les observations que vous croirez devoir me présenter, mais encore de provoquer vos avis et de rechercher vos conseils, comme aussi de soumettre à vos lumières l'étude de toutes les questions qui sont généralement de votre compétence. En un mot, je serai heureux de pouvoir être compté, dans l'exercice de mes fonctions, comme l'auxiliaire et le collaborateur de ce Corps éminent, dont la science profonde et le dévouement sans bornes sont l'honneur de Paris et de la France entière. »

Ce document est le dernier que nous voulions mettre aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs. — L.-G. R.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ

LEÇONS SUR LE STRABISME

Faites à l'Hôtel-Dieu par le professeur PANAS,

recueillies par F. DE LAPERSONNE, interne du service (1).

STRABISME APPARENT. — Pour bien comprendre les détails qui vont suivre, je dois vous rappeler quelques points d'optique physiologique. L'*axe optique* ou axe antéro-postérieur de l'œil, appelé aussi axe principal, est la ligne qui passe par le centre de la cornée et le centre de l'œil; cette ligne atteint la partie postérieure du globe à une faible distance au-dessus et en dehors du nerf optique. Jusqu'à un temps assez rapproché, on a considéré cette ligne comme étant celle dont nous nous servions pour regarder. Donders a démontré que les rayons lumineux suivaient une ligne de direction, axe secondaire de l'appareil dioptrique, qui a reçu le nom d'*axe* ou *ligne visuels*. Il part de la macula, passe toujours par le centre optique de l'œil, forme donc avec la ligne précédente un entrecroisement. L'angle qui en résulte a reçu le nom d'angle α. Il est assez variable suivant les individus. Chez les hypermétropes, l'angle α est en dedans, c'est-à-dire que l'axe visuel vient sortir de l'œil dans un point qui est en dedans du centre même de la cornée. Chez les emmétropes il est en dedans, il peut être nul; enfin chez les myopes, l'angle peut être en dehors. Donders a mesuré l'angle α sur la cornée et il a trouvé qu'il était égal à 5° en moyenne; rarement il dépasse 7° chez les hypermétropes. Chez les myopes, il ne va jamais au-delà de 2° en dehors.

An moyen de ces données, vous comprendrez facilement ce qu'on entend par strabisme faux. Prenons l'exemple de l'hypermétrope. Si vous le faites regarder au loin, il faudra que ses deux axes visuels soient parallèles, mais pour cela il faudra qu'il fasse diverger ses cornées; il aura l'apparence d'un strabisme externe; il n'en est rien cependant, puisque, d'après la définition, le parallélisme des lignes visuelles constituent l'état physiologique. Pour les mêmes raisons, l'hypermétrope n'a pas besoin de beaucoup converger pour voir de près; vous savez d'ailleurs que son punctum proximum est plus éloigné que chez le myope. Aussi le muscle droit interne se fatiguera peu chez les hypermétropes; le droit externe se fatiguera, au contraire, dans la vision de loin.

Le myope accentué a son angle α en dehors. Supposez qu'un individu atteint de myopie veuille voir au loin; pour rendre ses lignes visuelles parallèles, il sera obligé de converger, puisque l'axe visuel passe en dehors du centre de la cornée. Si on rapproche le point de mire, il va converger davantage en dedans, de telle sorte qu'à une petite distance le myope a l'air de loucher beaucoup. Il fait donc travailler son muscle droit interne tout le temps depuis le punctum remotum jusqu'à la convergence complète — son punctum proximum étant d'ailleurs très rapproché. — Ce muscle va donc se fatiguer d'autant plus que par sa configuration géométrique,

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 avril.

par sa disposition ellipsoïde, cet œil roule moins bien que l'œil hypermétrope, qui est à peu près sphérique. Il aura à subir plus de tiraillements aux extrémités de son axe et, par conséquent, il y aura plus de fatigue musculaire.

En résumé, apparence de strabisme externe chez l'hypermétrope; apparence de strabisme interne et fatigue musculaire chez le myope. Dans ces conditions, la première question à résoudre est de savoir si réellement il y a strabisme vrai, d'après la définition que nous avons donnée.

Pour arriver au diagnostic, trois moyens sont à notre disposition :

1° Il faut tout d'abord se rendre compte de l'*état de réfraction*. Si l'individu est emmétrope et qu'il ait une déviation quelconque, il est probable qu'on a affaire à un strabisme vrai. Si un myope a un strabisme convergent, il est plus que probable qu'il s'agit d'un strabisme faux. Inversement une déviation en dehors chez un hypermétrope indique plutôt un strabisme apparent.

2° Ceci n'est qu'un signe de présomption; pour avoir la démonstration, il faut arriver aux deux autres moyens. Un de ces derniers est d'un usage très commun; il donne une approximation suffisante. La tête étant bien immobile, on place un objet de petit volume (tête d'épingle) à hauteur des yeux, sur le plan médian, à une distanee de 25 à 30 centimètres. Le malade regarde l'objet et se met à converger. On place alors un écran sur l'un des deux yeux; si l'œil non couvert ne présente pas d'oscillations, c'est qu'il était bien correctement sur le point de mire. On fait alors l'expérience contraire, et si, après cela, il n'y a d'oscillation ni d'un côté, ni de l'autre, on peut dire que les deux axes visuels se croisent bien sur le même point fixe, il n'y a pas de strabisme.

Le troisième moyen que je ne fais que vous indiquer ici, c'est l'emploi du *prisme*. Voici en quoi consiste l'expérience. Tirez une ligne verticale sur un tableau et, au milieu de cette ligne, placez un point un peu gros. Prenez un prisme de 10° ou 12° d'angle; appliquez-le devant l'œil, le sommet étant dirigé en haut ou en bas. Vous verrez alors une ligne, mais sur cette ligne, deux points placés à une certaine distance l'un au-dessus de l'autre. En faisant la même expérience chez un sujet atteint de strabisme, même latent, le point sera bien relevé, mais en même temps il quittera la ligne principale et viendra former image soit à gauche, soit à droite de la ligne tracée, suivant qu'il s'agit d'un strabisme convergent ou divergent.

Bien plus je pourrais mesurer par ce moyen le degré d'insuffisance du muscle. En plaçant devant l'œil un autre prisme à axe horizontal, nous arriverons, après quelques tâtonnements, à faire revenir le point fautif sur la ligne principale; nous ferons ainsi de la dynamométrie, et nous pourrons mesurer une asthénopie de 5, 6, 12, etc.

D'autre part, l'optique nous apprend qu'un prisme de verre dévie l'image de la moitié de son angle. Un prisme n° 12 correspond à une déviation de 6°. En outre, on sait, par expérience, que cette déviation correspond à un transport de la cornée de un millimètre, mesuré sur la paupière inférieure. Nous avons là trois valeurs qui pourront également exprimer la déviation d'un œil ou la faiblesse d'un muscle.

Strabisme latent ou dynamique. — Je vous ai dit, au début de ces leçons, que Græfe avait appliqué cette dénomination à un strabisme qu'il était nécessaire de rechercher par des moyens spéciaux, à un strabisme en puissance prêt à se développer. Cette étude est très importante, car avant de devenir permanent, le strabisme est d'abord latent, les causes en seront communes. Mais, avant d'entrer dans cette étude, permettez-moi de vous donner quelques notions physiologiques sur les muscles de l'œil, et en particulier sur les muscles de l'adduction et de l'abduction, vous comprendrez plus facilement l'équilibre de leurs fonctions.

Le droit interne représentant l'adduction et l'externe l'abduction, on pourrait croire que ces muscles sont toujours antagonistes. Vous savez cependant que, dans les mouvements conjugués des yeux, le droit interne d'un côté devient le congénère du droit externe du côté opposé. Il y a là une unité d'action que les faits pathologiques sont venus confirmer; je fais allusion en ce moment aux cas de déviation

conjuguée des yeux dans les affections cérébrales que M. Féréol a observé le premier (1). Dans ces derniers temps, M. Mathias Duval a pu donner une explication anatomique de ce phénomène. En étudiant le système nerveux central chez plusieurs animaux et particulièrement chez le singe, il a vu que le droit externe recevait ses nerfs d'une seule origine, que le droit interne, au contraire, avait une double innervation, la principale du moteur oculaire commun, mais aussi une petite part lui serait fournie par une racine croisée venant du moteur oculaire externe du côté opposé.

Recherchons quelle est la puissance physiologique de ces muscles. Pour les membres, on se servirait d'un dynamomètre. Ici nous avons un autre genre de dynamomètre, qui ne sera pas moins précis; nous pouvons même choisir entre le prisme et le champ de fixation ou du regard.

Si devant notre œil, nous plaçons un prisme à sommet interne, la ligne partant du point fixé sera déviée vers la base du prisme, et se peindra sur la rétine en dehors de la macula, l'image de l'objet sera donc reportée en dedans, il y aura de la diplopie croisée. Pour corriger cette diplopie, le muscle droit interne va se contracter, et la macula va aller au dehors à la rencontre de l'image déviée; dans ce mouvement, le pôle postérieur de l'œil s'est porté en dehors, le pôle antérieur en dedans. Donc il n'y aura plus de diplopie, mais l'œil sera en strabisme convergent.

Cette déviation de l'œil ne se fait pas sans fatigue. En prenant des prismes ayant des angles de 10°, 15° ou 20° ; il arrive un moment ou le muscle lâche prise, dès lors la diplopie apparaît. Si vous répétez cette expérience chez un certain nombre de sujets, vous serez frappés des différences individuelles, même en dehors de tout état pathologique. Vous verrez des sujets qui peuvent neutraliser un prisme de 30°; comme moyenne physiologique, on a pris la neutralisation d'un prisme de 22°.

Si on compare les résultats obtenus en faisant la même expérience pour le droit externe, on est étonné des différences considérables. A l'état normal, le muscle droit externe ne peut neutraliser qu'un prisme de 3° à 6° au plus. L'adduction est donc 7 ou 8 fois moins forte que l'abduction. Mais ce rapport n'est vrai que lorsqu'on a placé le point de mire à une assez grande distance et lorsque les lignes visuelles peuvent être considérées comme parallèles. Si on rapproche l'objet, le droit externe va s'enrouler sur le globe oculaire et va acquérir une force plus considérable à mesure qu'il sera plus tendu. A un certain degré de convergence, ce muscle arrive à équilibrer, comme force de contraction, son antagoniste. Comparez, du reste, ces deux muscles par la dissection; vous verrez que le droit externe est plus long et plus grêle, il se porte obliquement en dehors et en avant, son tendon est plus éloigné de la cornée; il est donc dans des conditions bien plus désavantageuses que le droit interne.

Nous venons de voir que le prisme nous donnait le moyen très précis de mesurer la force d'un muscle. Malheureusement ce moyen n'est pas toujours applicable; il est fondé sur la présence ou l'absence de diplopie; or, si un des deux yeux est amblyope, ce qui est fréquent chez les strabiques, ce procédé ne pourra pas être mis en usage.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

(1) *Société médicale des hôpitaux.* Paris, mars et octobre 1873. — Voir aussi thèse de Graux. Paris, 1878.

NÉCROLOGIE. — Le corps médical de Paris vient de perdre un de ses membres les plus distingués, un maître qui s'était élevé au premier rang dans l'enseignement particulier, et dont les cours de thérapeutique attiraient jadis de nombreux élèves. M. Martin Damourette vient de succomber à l'âge de 61 ans, à la longue maladie qui depuis plusieurs années l'avait tenu éloigné de ses occupations. Nous n'avons pas besoin de rappeler ses titres à l'affection et aux regrets des nombreuses générations de médecins qui se sont formées à son école.

BIBLIOTHÈQUE

Affection syphilitique psoriasiforme de la paume des mains et de la plante des pieds, leçon de M. le docteur Ch. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

M. le docteur Ch. Mauriac fera bientôt paraître une série de leçons sur les maladies vénériennes (1). Nous avons en ce moment sous les yeux un extrait de cet important ouvrage, où est décrite une des manifestations les plus intéressantes de l'infection syphilitique, le psoriasis palmaire et plantaire. Voici, en termes abrégés, les caractères que l'auteur lui assigne :

Le psoriasis palmaire est une syphilide papulo-squameuse qu'on doit compter au nombre des affections les plus aptes à récidiver, les plus opiniâtres et les plns réfractaires au traitement spécifique.

La papule est souvent accompagnée ou précédée par une syphilide palmaire érythémateuse, qui se montre sous forme de taches disséminées, isolées ou confluentes d'une teinte rouge sombre, sans altération notable de l'épiderme dans leur période d'augment et d'état, se couvrant d'une mince desquamation épidermique pendant leur régression, s'effaçant au bout de quelques semaines, pouvant laisser des macules pigmentaires plus ou moins persistantes.

Ces macules appartiennent aux premiers mois de l'intoxication; à mesure qu'on s'éloigne de l'accident primitif, les poussées éruptives se modifient et la lésion devient papulo-squameuse. Mais le plus souvent celle-ci s'établit d'emblée, persiste et se reproduit par attaques successives. La papule débute, non par une saillie, mais par une tache arrondie, rougeâtre, qui peu à peu devient très légèrement saillante. Dès les premiers jours, le toucher plutôt que la vue la fait reconnaître; le doigt perçoit une sorte de petite tumeur dure qui est comme enchâssée dans l'épaisseur de la peau. Bientôt l'épiderme se soulève, s'écaille, se détache dans ses couches superficielles et laisse apparaître, à travers les plus profondes, la papule plate qui semble dénudée et qui présente une teinte d'un rouge sombre. La sécheresse et la dureté sont ses caractères principaux; mais au niveau des sillons et des plis articulaires, il lui arrive de se crevasser, et la fente profonde et doulouruse qui en résulte donne une sécrétion concrescible qui se mêle aux squames et les agglutine. L'éruption est discrète ou confluente; elle est toujours symétrique, c'est-à-dire qu'elle occupe les deux mains à peu près dans la même forme.

Après avoir tracé les caractères généraux du psoriasis palmaire, l'auteur examine ses variétés : le psoriasis palmaire corné, constitué par de petites élevures coniques très dures; celui qui s'étale sur de larges surfaces, dessinant dans la paume de la main des plaques irrégulières, disséminées ou juxtaposées en anneaux, en arcs de cercles; enfin le psoriasis en nappe, où la fusion plus ou moins intime de tous les éléments générateurs convertit la paume de la main en une surface d'une rouge sombre, dont l'uniformité est interrompue çà et là par des taches un peu saillantes d'une teinte plus accusée.

Au pied, la lésion psoriasique, sauf quelques particularités de peu d'importance, présente la même physionomie qu'à la paume de la main. Les deux affections coexistent presque constamment. Lorsque la syphilide plantaire se prolonge entre les orteils, sa surface s'ulcère et sécrète une humeur mucoso-purulente fétide. Dans cette région enfin, il se produit parfois une lésion beaucoup plus grave, la papule végétante; la néoplasie dermo-papillaire fait hernie à travers l'épiderme sous forme d'une masse rouge, granuleuse, qui devient fongueuse, saignante et même parfois gangréneuse.

Le psoriasis palmaire ou plantaire est remarquable par son opiniâtreté, sa durée, ses récidives, sa résistance au traitement spécifique; aussi peut-on se demander s'il dépend uniquement de la syphilis. Pour l'auteur, il ne faut pas voir en lui un certificat de syphilis absolu; là comme à la langue, dont le psoriasis coïncide souvent avec celui des pieds et des mains, la syphilis ne joue souvent que le rôle d'une cause occasionnelle qui excite et met en jeu des dispositions psoriasigènes appartenant à une autre maladie constitutionnelle.

Il importerait beaucoup, mais il est très difficile de pouvoir distinguer sûrement les affections squameuses des mains et des pieds qui sont syphilitiques, de celles qui ne le sont pas, « que ces dernières proviennent de l'eczéma, de l'herpès, du psoriasis vrai, ou qu'elles soient, comme le veut Bazin, un mélange de psoriasis, de pityriasis et d'eczéma. » Il ne faut pas avoir une confiance exagérée, au point de vue du diagnostic, dans la topographie de la lésion, ni admettre une opposition absolue dans la localisation, comme le veulent les auteurs, entre le psoriasis vrai (genoux, coudes, etc.) et la syphilide palmo-plantaire.

(1) *Leçons sur les maladies vénériennes.* J.-B. Baillière et fils.

Telle est, en résumé, la substance de l'intéressante leçon que nous avons détachée du livre de M. Ch. Mauriac, et qui se termine par une série d'observations cliniques. Ce court aperçu nous suffira quant à présent; nous reviendrons sur l'ensemble après sa publication.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES APPELS ANNUELS TEMPORAIRES SOUS LES DRAPEAUX DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE.

Parmi les améliorations désirables et urgentes dans le Service de santé de l'armée, on signalait, à cette même place, il y a tantôt dix-huit mois (1), la nécessité de faire acquérir aux médecins aide-majors du cadre de réserve les qualités militaires indispensables au fonctionnement du service dans le cas d'une mobilisation. Quelques jours plus tard, dans un excellent feuilleton, un collaborateur distingué de l'UNION MÉDICALE remarquait avec raison qu'il s'agissait bien entendu « d'appels temporaires et de périodes d'instruction en tout semblables à celles pour lesquelles on convoque les officiers » des corps de troupes de réserve (2).

Aucun des témoins ou des acteurs des évènements militaires de 1870 n'a perdu à coup sûr le souvenir des difficulté du recrutement d'un personnel médical complémentaire au moment de l'entrée en campagne. Il fallait de nombreux médecins; on les obtint assurément grâce au dévouement et au patriotisme de la plupart des membres du corps médical français. Mais, parmi ces hommes dévoués, un grand nombre durent faire sur le champ de bataille ou à l'ambulance l'apprentissage de la nouvelle profession à laquelle les évènements les appelaient.

La création des médecins de réserve préviendra certainement dans l'avenir le retour des mêmes difficultés de recrutement. D'ailleurs la liste déjà longue des titulaires de ces grades, témoigne du nombre des médecins civils qui par leur âge ou malgré leur âge, forment le cadre de réserve du corps de santé. Le *nombre* étant désormais assuré, on est maintenant en droit de se demander quelle en sera la *valeur au point de vue militaire.* Certes, nous en avons la certitude, le dévouement et l'abnégation de nos confrères sera ce qu'il a toujours été et ne possédera d'autres limites que la grandeur même des sacrifices demandés. Mais enfin, achevée sur le papier, cette organisation n'a jamais été mise à l'essai. On peut à bon droit s'en étonner, puisque, de par l'avis unanime des hommes compétents, la mobilisation rapide et bien coordonnée de tous les éléments d'une armée est l'un des facteurs essentiels pour le succès des guerres futures. Comme tout autre rouage, le service médical a donc besoin de recevoir la sanction de l'expérience.

S'il faut en croire des informations généralement autorisées, les bureaux de la rue Saint-Dominique ont résolu de mettre cette organisation à l'essai. A cet effet, le ministre de la guerre vient de prescrire une enquête auprès des préfets afin de déterminer les conditions dans lesquelles on convoquerait les médecins de réserve dans des périodes annuelles d'instruction, sans inconvénient pour les localités où ces officiers exercent leur profession.

Au point de vue de la pratique professionnelle, il y a là une difficulté dont, sans méconnaître l'importance, il faut cependant trouver la solution. Dans l'espèce, les préfets seraient bien inspirés si au lieu de s'en remettre à leurs bureaux du soin de répondre à la demande ministérielle, ils faisaient appel aux avis des Associations médicales de chacun des départements. Par la notoriété de leurs membres, par leur connaissance des besoins médicaux de chacune des localités du département, ces Associations ont qualité pour concilier pratiquement les nécessités locales les plus respectables avec l'intérêt supérieur de la défense du pays.

Il est indispensable, en effet, pour le bien du service que les médecins, comme les autres officiers de la réserve, soient dès le temps de paix initiés aux obligations professionnelles et aux exigences de la vie militaire. Si la médecine du soldat, depuis la généralisation du service militaire, ne doit plus être une *spécialité*, comme on l'a trop souvent prétendu, elle n'en conserve pas moins une physionomie qui lui est propre et qu'elle emprunte au milieu militaire. Sans crainte d'être taxé de *germanomanie*, on peut en appeler de l'exemple de l'Allemagne où, chaque année, les médecins de réserve fréquentent obligatoirement des conférences didactiques et pratiques dans lesquelles ils sont, pendant les appels, mis au courant des détails de la réglementation et des besoins de la médecine militaire.

Seulement, de l'autre côté du Rhin, on a compris que le zèle devait être stimulé et que les efforts des plus laborieux méritaient de réels encouragements. Aussi, après avoir satisfait au

(1) *Union médicale*, n° 139, 8 octobre 1881.
(2) 3 novembre 1881, n° 152.

stage réglementaire, le médecin de réserve peut se présenter aux examens du grade supérieur et, après avoir heureusement satisfait aux épreuves, être à l'occasion promus dans la réserve, comme ses confrères de l'armée active le sont dans le cadre permanent.

Cette organisation n'est pas seulement favorable pour les officiers laborieux, elle fait, en outre, juger de la valeur militaire et des aptitudes de chacun des médecins de réserve. Elle permet donc d'utiliser les services ou mieux des intérêts de l'armée, et de ne pas envoyer un chirurgien de profession dans un service de fiévreux. Elle éviterait peut-être aussi le retour de ces singularités dont on a été naguère témoin alors que, de par l'autorité administrative, on a vu des médecins honorables et distingués, devenir subordonnés d'individus moins célèbres dans la science que dans ces petits édicules dont l'hygiène intime et surtout privée est redevable au zèle humanitaire du préfet de Rambuteau. Espérons tout au moins qu'il n'en serait plus ainsi et que la direction du service de santé, maintenant confiée aux médecins, évitera les errements de prédécesseurs plus soucieux des intérêts administratifs que bons juges des qualités morales et professionnelles du personnel médical auxiliaire ! — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Boudard (de Gannat) sur l'allaitement artificiel ou instituts nationaux pour l'élevage des nouveau-nés. (Com. d'hygiène de l'enfance.)

2° Une note de M. le docteur Cavaillon, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Carpentras (Vaucluse), sur un nouveau mode de traitement externe des pustules de la variole, consistant dans la combinaison de l'ouverture des boutons dès le quatrième jour du pansement avec une solution alcoolique de benzine au 40me, et d'application à partir du septième jour de couches d'huiles d'olives.

—

M. Bouley présente, 1° au nom de M. Chamberland, un volume intitulé : *Le charbon et la vaccination charbonneuse ;* — 2° au nom de MM. Goubaux, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, et Barrière, professeur d'anatomie et d'extérieur, le dernier fascicule de leur *Traité de l'extérieur du cheval.*

M. Leblanc offre en hommage le rapport fait devant le Conseil d'hygiène publique et de salubrité, sur les maladies contagieuses des animaux, observées dans le département de la Seine en 1882.

M. Polaillon présente, au nom de M. Prosper Bernard (de Saint-Mandé), une observation d'œdème charbonneux de la bouche, guéri par les injections sous-cutanées de solution phéniquée.

M. Chereau présente, au nom de M. le docteur Chavernac (d'Aix), une brochure intitulée : *Le professeur Astruc et l'huissier charbonnier.*

—

M. Léon Le Fort, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Régnauld sur l'emploi du chlorure de méthylène, comme agent anesthésique, dit qu'il a eu occasion de faire sur un certain nombre de malades l'essai du liquide dans lequel l'analyse chimique n'a découvert qu'un mélange de chloroforme et d'esprit de bois, et qu'il n'a eu qu'à se louer des résultats obtenus par l'emploi de ce liquide. Entre autres avantages de cet anesthésique, il a constaté que la période d'agitation était beaucoup plus courte qu'avec le chloroforme ordinaire et que les malades ne présentaient pas ces vomissements que produit trop souvent ce dernier anesthésique.

Falsifié ou non, le liquide employé sous le nom de chlorure de méthylène a donné à M. Le Fort des résultats beaucoup plus avantageux que le chloroforme ordinaire.

M. Régnauld fait observer qu'il n'a pas, dans sa communication, prononcé le mot de falsification. Il a simplement constaté que le liquide employé comme anesthésique nouveau sous le nom de chlorure de méthylène, par M. Spencer-Wells en particulier, était un simple mélange dans les proportions de 4 volumes de chloroforme et de 1 volume d'alcool méthylique ou esprit de bois. Il est enchanté que M. Le Fort se soit mieux trouvé de l'emploi de ce liquide que de celui du chloroforme ordinaire, car la substitution du premier au second réaliserait, pour les hôpitaux et pour le public, une économie assez notable.

M. Dujardin-Beaumetz lit une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux. Les conclusions de l'un de ces rapports, relatif à l'emploi en chirurgie d'une charpie économique, sont renvoyées à la commission, avec invitation à celui-ci de vouloir bien s'adjoindre un chirurgien pour faire des expériences sur cette charpie.

—

M. Panas a la parole pour présenter quelques observations relatives à la communication faite dans l'une des dernières séances par M. Maurice Perrin, sur l'ophthalmie purulente rhumatismale. (Cette communication sera publiée dans notre prochain numéro.)

—

M. Pasteur demande la parole à l'occasion du procès-verbal pour répondre quelques mots à la communication faite dans la dernière séance par M. Peter.

M. Pasteur n'accepte pas le tort que M. Peter lui attribue d'avoir cru à l'existence d'une maladie nouvelle produite par l'inoculation de la salive d'un enfant mort de la rage. C'était bien, suivant M. Pasteur, une maladie nouvelle produite par un microbe nouveau; maladie et microbe n'avaient jamais été décrits.

C'est en se livrant avec ténacité, ses collaborateurs et lui, à des combinaisons expérimentales, qu'ils ont démontré que la maladie nouvelle existait dans le mucus buccal d'enfants morts de maladies communes et également dans la salive de personnes en pleine santé, ce qui leur a permis de reconnaître que la maladie nouvelle n'avait pas de relations avec la rage. C'est par une inexactitude de citation que M. Peter aurait, suivant M. Pasteur, attribué à M. Vulpian la priorité de cette dernière découverte.

M. Pasteur croit devoir rectifier encore une autre erreur de M. Peter relative à une prétendue troisième lettre que MM. les vétérinaires de Turin auraient écrite. Ce que M. Peter a lu mardi dernier à l'Académie est extrait textuellement de la seconde lettre de ces messieurs, lettre à la suite de laquelle M. Pasteur s'est mis à leur disposition.

M. Cornil termine sa communication relative aux *bacilles de la tuberculose* par les conclusions suivantes :

Les quarante observations anatomiques examinées par M. Cornil et son collaborateur, M. Babiès, au point de vue de la recherche des bactéries, peuvent se diviser en trois catégories :

1° Celle dans laquelle le nombre considérable des bacilles de la tuberculose dans tous les produits tuberculeux, granulations et infiltrations, explique parfaitement la genèse des lésions d'inflammation chronique qui constituent la tuberculose. Les lésions sont là aussi manifestement liées aux bactéries que les nodules de la lèpre, maladie pour laquelle le rôle des parasites est aussi bien démontré que dans le charbon.

La propagation de ces micro-organismes par les vaisseaux sanguins et lymphatiques est prouvée par leur siège à l'intérieur et autour de ces vaisseaux.

Cette catégorie de faits est absolument assimilable aux expériences d'inoculation par lesquelles M. Koch, en injectant à des centaines d'animaux différents les bactéries de la tuberculose purifiées et isolées par plusieurs cultures, a reproduit constamment la tuberculose.

2° Dans une seconde catégorie de faits, les bacilles caractéristiques de la tuberculose sont peu nombreux, mais il en existe constamment un ou plusieurs dans les cellules géantes, c'est-à-dire au milieu des granulations tuberculeuses. On doit croire que là aussi les bacilles ont été le point de départ de l'inflammation nodulaire, parce qu'ils siègent à son centre. Là aussi le pourtour des petits vaisseaux est leur siège d'élection.

Quelquefois, au lieu des bacilles ou à côté des bacilles, on rencontre des grains qui se colorent de la même couleur par la même série de manipulations. Ces grains ne sont pas les éléments qui ont été vus tout d'abord par MM. Klebs et Toussaint ; MM. Cornil et Babiès se sont assurés par l'examen des tubercules inoculés à l'aide du liquide de culture de M. Toussaint, qu'il existait des bacilles caractéristiques dans les tubercules d'inoculation.

3° Dans une troisième série d'observations relatives à la tuberculose chronique, les bacilles, qui sont presque toujours dans les cellules lymphatiques migratices, ne se trouvent plus que dans les parois des cavernes ou des bronches ulcérées. On n'en voit généralement point dans les parties en dégénérescence caséeuse. Cependant, au pourtour de ces masses caséeuses, on en rencontre dans la zone qui contient des granulations plus récentes. Quelquefois, il en existe encore des amas en quelque sorte enkystés dans les tubercules fibreux très anciens entourés de dépôts de charbon.

Pour commenter des cas de ce genre, où le nombre des bacilles est loin d'expliquer toutes les lésions observées à l'autopsie, on peut supposer qu'ils ont été éliminés ou détruits, mais qu'ils n'en ont pas moins laissé après eux des inflammations chroniques de nature scléreuse ou des îlots de dégénérescence caséeuse, toutes modifications des tissus qui persistent après leur disparition.

Pour comprendre cette disparition des bacilles dans les produits tuberculeux anciens, il faut tenir compte de ce fait qu'ils sont transportés par les cellules migratrices et qu'il s'en fait une élimination constante et considérable par les crachats provenant des bronches et des cavernes, par les catarrhes, par la surface des ulcérations de l'intestin et par les urines.

D'ailleurs, tout n'est pas dit sur cette question des bacilles de la tuberculose qui ne date que d'un an. Il suffirait des méthodes nouvelles de coloration ou de recherches des bactéries pour étendre nos connaissances sur ce sujet. Peut-être découvrirait-on d'autres états de ces mêmes bactéries que nous ne connaissons pas encore. Mais aujourd'hui, tout en tenant compte des nombreuses causes prédisposantes de la phthisie, on ne peut nier, en face des découvertes de Villemin et de Koch, que le parasitisme n'en soit la cause essentielle.

—

M. Billod, membre correspondant, lit un travail intitulé : *D'une lacune de la législation relativement aux aliénés dits criminels.*

L'objet de ce travail est d'appeler l'attention de l'Académie sur une lacune que le projet de loi portant révision de la loi de 1838 laisse subsister relativement aux aliénés dits criminels.

Tout le monde, dit l'auteur, paraît d'accord sur la nécessité de maintenir séquestrés certains aliénés, dits criminels, après leur guérison, lorsqu'ils présentent des chances à peu près certaines de rechûte.

La question seulement est de savoir où doit s'effectuer cette séquestration. Est-ce dans la prison ? Non, évidemment, puisque l'ordonnance de non-lieu ou la décision d'acquittement les ont exonérés de toute peine. Est-ce dans l'établissement d'aliénés ? Oui, s'ils étaient encore aliénés, non puisqu'ils ne le sont plus, c'est-à-dire puisqu'ils sont guéris. Si ce n'est dans l'un ou dans l'autre, où donc alors ? La place de ces individus ne saurait être évidemment ailleurs que dans l'établissement d'aliénés. Mais encore faut-il pour qu'on puisse les y retenir que la loi le permette et elle ne le permettra que le jour où l'on y aura introduit une disposition qui autorise, sous le rapport de la nécessité de la séquestration, l'assimilation d'aliénés qui ne le sont pas mais qui semblent prédestinés à le redevenir, à des aliénés qui le sont encore. Or, cette disposition, on la chercherait vainement dans le projet de loi soumis au Sénat, de même que dans la loi de 1838.

De l'ensemble de la loi projetée il ressort une tendance à décharger le médecin de la responsabilité que la loi actuelle fait peser sur lui à propos de la sortie des aliénés dangereux. Quelle que soit la solution pour laquelle on opte, elle suppose une révision de la loi et il serait fort à désirer que la présentation faite par le Gouvernement au Sénat du projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 fournît l'occasion de la révision sur le point qui vient d'être signalé.

Sur la proposition de M. Larrey, appuyée par M. Blanche, la discussion du Mémoire de M. Billod sera mis à l'ordre du jour de l'une des premières séances.

— La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

L'ÉPIDÉMIE DE PESTE DE DJIVARENO.

L'existence de cette épidémie, dont l'*Union médicale* faisait mention le 22 avril 1883, est aujourd'hui confirmée par un télégramme du 19 avril, adressé au Conseil sanitaire international de Constantinople par son délégué, le docteur Shépowck. La maladie, qui sévit actuellement dans les villages de Zeiban et de Békir-Bey (district persan de Djivareno), est bien la peste bubonique. Les malades sont tous atteints de bubons inguinaux ou axillaires, et la mortalité s'élève jusqu'à ce jour à 170 décès.

Les villages pestiférés sont voisins de la route de Tauris à Kirmanchach, et situés entre Suleimanich et Khaneguine, poste de passage des caravanes mortuaires qui transportent à la ville sainte les cadavres des Persans schûtes. Si, malgré les mesures quarantainaires, la maladie franchissait le cordon d'isolement, elle pourrait donc s'étendre soit vers Tauris, soit au midi, vers l'Irak-Arabi. — L. D.

CORRESPONDANCE

Mon cher confrère,

Je m'empresse de vous prévenir d'un fait qui, par une ligne dans votre journal, éveillera l'attention et empêchera peut-être quelques larcins nouveaux.

Un individu brun, de petite taille, se présente, envoyé, dit-il, par un confrère. Il appelle le médecin auquel il a affaire par son nom, lui donne, par quelques mots indécis, le temps de s'asseoir, et finalement lui propose un *vernis* pour meubles et marbres.

On le jette à la porte, naturellement, — mais le coup est fait — et il manque, dans la salle d'attente, un livre, ou une assiette de vieille faïence, ou tel autre objet.

Un rotin de forte taille, manœuvré par une main ferme et bien appliqué, voilà ce que je souhaite à ce quidam aux vernis; et j'espère qu'un petit mot d'avis amènera peut-être ce ésultat. Ce qu'on a dit être plaisir des dieux serait en même temps satisfaction de médecin.

Entre nous, je ne suis pas dévalisé bien sérieusement. Il me manque un gros livre de Jules erne, et..... une bougie!

Agréez, etc. X...

Nous aussi, nous avons reçu la visite de l'homme au vernis, et nous en sommes pour deux volumes de Victor Hugo. Nous engageons donc nos confrères à faire bonne garde. — L.-G. R.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 20 au 26 avril 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès: 1,330. — Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 12. — Rougeole, 40. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 16. — Diphthérie, croup, 44. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 60. — Phthisie pulmonaire, 267. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchites aiguës, 32. — Pneumonie, 138. Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 45; au sein et mixte, 24; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 125; circulatoire, 90; respiratoire, 104; digestif, 51; génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 2. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 8.

Résumé de la 17e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 20 au 26 avril, 1,233 naissances et 1,330 décès.

Ce dernier chiffre, qui se rapproche sensiblement de celui de la période précédente (1,342) est supérieur à la moyenne des décès survenus pendant les quatre dernières semaines (1,306).

Les nombres des décès dus aux maladies épidémiques sont encore assez élevés. Si l'on peut constater une atténuation pour la Variole et la Diphthérie, qui n'ont causé que 12 et 44 décès, au lieu de 16 et 49 (chiffre du précédent septenaire), la Rougeole continue à sévir avec quelque intensité (40 décès au lieu de 31). Les quartiers les plus frappés sont ceux de *Saint-Ambroise*, la *Gare*, *Montparnasse*, *Clignancourt*.

A cet égard des cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions, pour la période du 16 au 22 avril, à peu près égal à celui de la période précédente en ce qui concerne la Fièvre typhoïde et la Diphthérie (50 et 34 au lieu de 48 et 31) et notablement inférieur en ce qui concerne la Variole (34 au lieu de 55).

FORMULAIRE

Pilules antisyphilitiques. — Laboulbène.

Onguent mercuriel double.	4 grammes.
Savon amygdalin.	2 —
Extrait de quinquina.	1 gramme.
Extrait gommeux d'opium.	1 —

Guimauve pulv. q. s. pour 40 pilules de 0 gr. 25 cent. chacune.

Ces pilules destinées à remplacer celles de Sédillot, doivent à l'addition du quinquina et de l'opium d'être mieux tolérées par l'estomac. Leur efficacité est remarquable dans les syphilides précoces, et quand il y a lieu d'agir rapidement. — La dose est de 1 à 3 pour les hommes

et de 1 à 2 pour les femmes. — S'il survient de la salivation, on la combat au moyen du chlorate de potasse. — N. G.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui suprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Debove, agrégé, est chargé du cours de clinique médicale, en remplacement de M. Lasègue, décédé.

NÉCROLOGIE. — Le lundi 23 avril, un concours empressé de médecins lyonnais assistait aux funérailles de M. le docteur Passot, membre de la Société nationale de médecine de Lyon. Cet honorable confrère a été médecin du Dispensaire spécial, médecin du Bureau de bienfaisance pendant trente-sept ans, secrétaire et membre de la Commission des logements insalubres pendant vingt-deux ans, et enfin pendant trente ans il a exercé les fonctions de médecin du Conseil des prud'hommes et a rendu à cette institution les plus grands services.

MÉDECINS TRAITANTS DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES. — Aux termes du décret du 27 avril 1878, qui a remis en vigueur les dispositions de l'article 18 du décret du 23 mars 1852, l'aptitude des médecins-majors de première et de deuxième classe aux fonctions de médecin traitant dans les hôpitaux militaires est constatée par des épreuves spéciales.

Cette disposition n'est plus en rapport avec la nouvelle organisation du service de santé en campagne qui exigera, pour la constitution du service des ambulances et hôpitaux, le prélèvement d'un certain nombre de médecins pris parmi ceux affectés, en temps de paix, aux corps de troupe.

D'autre part, en vertu des prescriptions de la loi du 7 juillet 1877, les médecins des régiments sont actuellement chargés du traitement des malades de leur corps dans les hospices militaires, en sorte qu'à l'intérieur, comme aux armées, la responsabilité et les fonctions de ces médecins se trouvent considérablement accrues et deviennent identiques à celles des médecins du service hospitalier.

Dans ces conditions, il a paru peu logique de maintenir la formalité d'un concours pour l'admission, dans les hôpitaux militaires, des médecins-majors des deux classes, et le ministre de la guerre a pensé qu'il y aurait tout avantage à lui substituer un examen d'aptitude, obligatoire pour tous les médecins-majors de deuxième classe. Le programme et les conditions de cet examen seraient ultérieurement déterminés par un arrêté ministériel.

En conséquence, par décret, en date du 21 avril 1883, le décret sus-visé du 27 avril 1878, qui rétablit le concours pour l'admission des médecins-majors des corps de troupe dans les hôpitaux militaires, est rapporté et cessera d'avoir effet.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 5 mai 1883, à 9 heures 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Le docteur Jules Simon a recommencé ses leçons de thérapeutique infantile le mercredi 2 mai, à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Il s'occupera de l'emploi des Eaux minérales françaises chez les enfants.

HÔPITAL DE LOURCINE. — *Cours clinique de gynécologie et de syphiligraghie.* — M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours le *mercredi 9 mai à neuf heures du matin*, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

NOTA. — Pour assister à ce cours, MM. les étudiants reçevront une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Dans l'UNION MÉDICALE du 3 mai, nous avons publié quelques documents relatifs à la question qui divise actuellement le Corps médical hospitalier et l'administration générale de l'Assistance publique : l'assimilation complète des accoucheurs aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux, et leur introduction dans tous les jurys de concours. Nous donnons aujourd'hui de nouveaux détails sur les délibérations des médecins des hôpitaux, qui nous ont été connues après celles des chirurgiens.

Dans une première réunion, en date du 13 avril, les médecins ont voté les conclusions suivantes :

« Les médecins des hôpitaux, considérant que les accoucheurs des hôpitaux sont nommés par un concours tout à fait spécial ; que leurs fonctions dans les hôpitaux sont limitées à une pratique restreinte et étroitement définie ; qu'ils n'ont pas même le droit de conserver dans leurs services les femmes malades pendant les suites de couches ; qu'ils ne sauraient remplacer, dans les jurys du Bureau central en médecine, le chirurgien, qui peut être à chaque instant appelé à se prononcer sur une affection chirurgicale accompagnant la maladie principale,

« Sont d'avis qu'il n'y a pas lieu d'admettre les accoucheurs dans les jurys des concours du Bureau central en médecine. »

Cette admission ayant été votée par le Conseil de surveillance dans les conditions que nous avons rappelées, M. Moutard-Martin a envoyé sa démission le 21 avril au préfet de la Seine, dans les termes suivants :

Monsieur le Préfet,

J'ai l'honneur de vous adresser ma démission de membre du Conseil de surveillance de l'ad-

FEUILLETON

CAUSERIES

A notre époque, où la reconstitution du passé est si heureusement poursuivie dans les lettres et dans les arts, on sait avec quel amour on rassemble tous les documents biographiques qui font revivre à nos yeux les gloires littéraires de la France. Il y a quelques années, pour le deuxième centenaire, je crois, de la mort de Molière, les fervents de notre grand comique avaient réuni dans la salle Ventadour tout ce qui touchait de près ou de loin à son histoire et à son œuvre, et cette exposition est restée mémorable dans les fastes du moliérisme.

C'est dans un semblable esprit que notre confrère le docteur Roger (du Havre) a publié dernièrement un élégant volume intitulé : *Voltaire malade*, et dont il fait remonter l'inspiration première à Simplice. Le livre se compose de deux parties : ce sont d'abord les lettres ou fragments de lettres, soit de Voltaire lui-même, soit de divers correspondants, où il est question de sa santé, et ce choix ne comprend pas moins de 296 numéros ; la seconde partie, personnelle à l'auteur, est comme un résumé de l'observation clinique de Voltaire, interprétée et expliquée selon la méthode d'aujourd'hui.

Pour le docteur Roger, Voltaire fut hypochondre et arthritique. Notre honorable confrère me permettra de ne pas partager entièrement sa manière de voir ; Voltaire parle très souvent de sa santé et de ses maladies, il se rend volontiers intéressant aux yeux des personnes à qui il s'adresse ; à chaque instant, il se meurt, il va mourir, mais c'est plutôt une petite affectation

ministration de l'Assistance publique, et je vous prie de la transmettre, avec ses motifs, à M. le ministre de l'intérieur.

Je ne puis sanctionner, par ma présence dans le Conseil de surveillance, une série de votes dont le résultat fatal est l'émiettement et l'amoindrissement du Corps médico-chirurgical des hôpitaux de Paris.

Je ne puis protester que par ma démission contre un dernier vote émettant l'avis qu'il y a lieu d'adjoindre les accoucheurs des hôpitaux aux jurys des concours du Bureau central en médecine et en chirurgie, et cela, malgré l'avis unanime des médecins et chirurgiens des hôpitaux (à l'exception de 2 voix), avis basé :

1° Sur la nomination des accoucheurs par un concours spécial et restreint;

2° Sur leur fonctions limitées à la pratique des accouchements difficiles, et aux soins à donner aux accouchées *valides*;

3° Sur l'obligation de faire passer dans les services de médecine les accouchées malades dès les premiers signes de la maladie.

Leurs fonctions strictement définies par la discussion qui a eu lieu dans le conseil, et par le règlement qui les concerne, sont donc bornées à une intervention manuelle et à une surveillance qui ne peuvent leur donner aucune autorité pour siéger dans un jury destiné à juger toutes les questions les plus étendues et les plus délicates des sciences médico-chirurgicales et de la clinique.

Désigné par mes collègues pour siéger dans le conseil de surveillance de l'Assistance publique, j'avais mission de défendre l'administration contre elle-même en protégeant l'un des éléments de sa force et de sa considération. N'ayant pu y réussir, je me retire avec la conscience d'avoir rempli mon devoir.

Veuillez agréer, etc. E. MOUTARD-MARTIN.

Le 27 avril, les médecins des hôpitaux, comme nous l'avons dit, ont approuvé la conduite de leur représentant, acclamé la lecture de sa lettre de démission, et, après un vote de remerciements, nommé la commission dont nous avons parlé : MM. Moutard-Martin, Bouchard, Féréol et Duguet.

Nous avons tenu à publier la lettre de M. Moutard-Martin après celles de M. Nicaise, pour montrer que les médecins des hôpitaux n'ont pas pris la question moins à cœur que les chirurgiens leurs collègues. L.-G. R.

---

de langage que la véritable hypochondrie; et quant à l'arthritisme, les nombreuses infirmités dont Voltaire eut à se plaindre ne me semblent pas constituer un exemple bien net de cette diathèse, d'ailleurs mal définie. Le tout ayant au surplus permis à Voltaire de vivre jusqu'à l'âge de 84 ans, nonobstant beaucoup de coliques et de fréquentes indigestions, dont il accuse lui-même l'abus des friandises et des pâtisseries.

En supposant donc que le diagnostic rétrospectif du docteur Roger soit discutable, il n'en reste pas moins ce recueil très curieux des lettres de Voltaire, où nous voyons se dérouler, jusqu'aux plus menus, tous les incidents de cette illustre santé, les uns graves, les autres tant soit peu comiques.

Ce qui fut grave, ce fut d'abord la variole dont il fut atteint en 1723, et d'où il sortit heureusement par les soins de M. de Gervasi, médecin du cardinal de Rohan. Si Voltaire a fait par-ci par-là, comme tout le monde, de l'esprit aux dépens de la médecine, cette fois au contraire il ne tarit pas d'éloges sur M. de Gervasi, qui ne l'abandonnait pas d'un moment, « étudiait en lui avec attention tous les mouvements de la nature », et ne lui donnait rien à prendre sans lui en dire la raison; et ce qu'il prit, ce fut huit fois de l'émétique, et deux cents pintes de limonade.

Dans d'autres passages, Voltaire se montre très partisan de l'inoculation de la variole, qui sauverait, dit-il, la dixième partie de la nation, et dont il admire les bons effets en Angleterre. Mais à Paris, « on ne songe ni à la petite vérole, ni à l'autre. Ces deux demoiselles « font pourtant plus de ravage que le clergé et le parlement ».

Une chose dont je ne me doutais point, c'est que les maladies eussent autrefois leurs *anniversaires*, tout comme les naissances et les morts. « On me fait espérer qu'après l'anniversaire « de ma petite vérole, je me porterai bien », écrit Voltaire un an après sa maladie. C'étaient

Clinique Médicale des Hôpitaux

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ET AMYOTROPHIES SPINALES.

Hôpital Tenon. — (Service de M. Rendu.)

Amyotrophie progressive. — Signes positifs et négatifs; symptômes locaux et symptômes spinaux. — Amyotrophie post-paralytique et pré-paralytique. — Unité anatomique des amyotrophies spinales protopathiques. — Types cliniques. — Paralysie infantile et atrophie musculaire progressive. — Importance diagnostique de l'évolution des symptômes.

La malade du lit n° 22 de la salle Rayer est une jeune fille de 21 ans que, le 12 mai dernier, M. Rendu recevait dans son service. A ne considérer que l'embonpoint relatif de son visage et la fraîcheur de son teint, on ne saurait y trouver le facies habituel aux affections chroniques de longue durée. Il y aura cependant tantôt douze années que cette malade a éprouvé les premières manifestations morbides, en puissance desquelles elle se trouve encore en ce moment. A l'hôpital des Enfants-Assistés, où elle entra à cette époque, elle fut soumise sans succès à l'électrothérapie. Plus tard, après sa sortie de cet établissement, elle reçut les soins de Duchenne (de Boulogne). Depuis les troubles trophiques et moteurs, l'affaiblissement, l'amaigrissement, la difformité localisée à certaines régions et à certains muscles, n'en ont pas moins poursuivi leur marche fatalement progressive.

En examinant les divers segments des membres supérieurs et la partie la plus élevée du tronc, on est frappé à première vue par ces signes morbides locaux. Voici le membre supérieur gauche : les doigts, la main, l'avant-bras, le bras et l'épaule, ont perdu leur forme normale. A la région palmaire, les éminences thénar et hypothénar sont aplaties, leurs muscles atrophiés : les doigts ont cette attitude en *griffe* accusatrice de la destructrion des interosseux; à l'avant-bras et au bras, les muscles de la région antérieure sont plus ou moins envahis; de là des troubles fonctionnels de la flexion, de la supination, de la pronation du poignet sur l'avant-bras et de la flexion de l'avant-bras sur le bras. Les muscles moteurs du bras sur l'épaule sont aussi atteints; de là l'impuissance du deltoïde à élever le moignon de l'épaule, l'impossibilité de la projection en arrière du bras avec adduction pour porter la main vers le dos; de là aussi, en avant, cette gêne pour l'élever jusqu'à la bouche.

---

donc des fêtes que l'on célébrait comme les autres, et auxquelles s'attachaient probablement certaines pratiques médicales. L'habitude de ces bout-de-l'an, d'un genre particulier, n'est pas restée dans nos mœurs; mais il est loisible à chacun de ressusciter ce culte pour son usage particulier. Ainsi, la prochaine fois que vous serez invité à une noce, rien ne vous empêche de vous excuser, en alléguant que la cérémonie tombera précisément le jour anniversaire de votre dernier furoncle.

Les grands personnages qui ont tenu une place importante dans la vie de Voltaire ne sont pas les derniers, comme on le pense bien, à se préoccuper de sa santé. Le prince royal de Prusse lui écrit, à la date du 28 mars 1738 : « Il semble que la nature, qui vous a partagé « d'une main si avantageuse du côté de l'esprit, ait été plus avare en ce qui regarde votre « santé; comme si elle avait eu regret d'avoir fait un ouvrage achevé. » Dieu! qu'en termes galants ces choses-là sont dites! La même altesse, toujours inquiète de son ami, consulte des médecins sur ce sujet ; et ces médecins, à distance, ont tout de suite jugé que Voltaire devait avoir « une obstruction dans les viscères du bas-ventre, que quelques ressorts sont relâ- « chés, que des flatuosités ou une espèce de néphrétique sont la cause de ses incommodités. » (Lettre du prince royal, 19 avril 1788.)

Voltaire se prête d'ailleurs le mieux du monde à se mettre en rapport avec les médecins allemands, et de Bruxelles il mande au prince : « J'écrirai donc à M. de Superville. Je n'ai « de foi aux médecins que depuis que Votre Altesse royale est l'Esculape qui daigne veiller « sur ma santé. » Par cet extrait, comme par tant d'autres, on peut juger que Voltaire savait parler le langage des cours, et n'en usait que fort courtoisement avec les tyrans.

Aussi ne craint-il pas d'avoir recours plus tard au roi de Prusse, en suppliant Sa Majesté de lui envoyer une livre des vraies pilules de Stahl. La commission faite, et Voltaire purgé, il

Le membre supérieur droit a été pris plus tard; mais, bien qu'un peu moins avancés, les troubles de la motilité, les déformations et l'atrophie, dont il est atteint, n'en sont pas moins analogues par leurs caractères cliniques et symétriques par leur siège.

De là une bizarrerie dans les attitudes de cette malade et des efforts pour l'accomplissement des mouvements volontaires usuels. Veut-elle porter les aliments à la bouche? Elle doit maintenir le bras. S'efforce-t-elle de coudre, ou d'écrire, ce qu'elle peut encore faire lisiblement? Elle doit appuyer l'avant-bras et assurer le poignet sur un plan résistant. Vient-on à explorer la région dorso-scapulaire? On observe une saillie anormale des épaules, la projection en arrière et l'éloignement du bord spinal de l'omoplate par rapport à la ligne médiane des apophyses épineuses. L'atrophie a donc envahi les muscles de cette région, dont l'attitude est vraisemblement occasionnée par la destruction partielle du trapèze et des muscles s'insérant sur l'omoplate.

Qu'on observe ces signes physiques locaux sur la zone supérieure du tronc ou bien sur chaque segment des membres supérieurs, ils possèdent donc partout les mêmes caractères : déformations, c'est-à-dire dépressions remplaçant les saillies musculaires; attitudes anormales des membres par l'abolition de la tonicité et de l'antagonisme entre les puissances motrices, dans l'état de repos; par défaut d'équilibration de celles-ci et l'inertie des fibres atrophiées pendant les mouvements volontaires; enfin, troubles des mouvements de chaque muscle isolément ou en coopération avec d'autres muscles associés.

A ces phénomènes s'ajoutent encore des indices dénonciateurs de troubles trophiques des régions envahies : la perte de la consistance et la flaccidité à la palpation des masses musculaires malades; la diminution en nombre et en volume des veines sous-cutanées; une sensation de refroidissement éprouvée par la malade et une vive impressionnabilité aux abaissements de la température atmosphérique; tous signes correspondant à l'amoindrissement de la circulation locale et de la nutrition. Néanmoins la contractilité électro-musculaire n'est pas abolie et la sensibilité est intacte.

Dans ces diverses régions les altérations sont donc identiquespar leurs symptômes et leur nature : elles ne diffèrent que par l'époque de leur apparition. C'est ainsi que les muscles de l'épaule et du bras gauche ont été détruits les premiers; plus tard, ceux du bras droit subissaient la dégénérescence, leur envahissement

---

s'empresse d'en rendre compte au roi, dans ces termes, toujours fort peu révolutionnaires : « Votre génie et vos bontés font sur moi plus d'effet que les pilules de Stahl. »

Les irrévérences de Voltaire à l'égard de la médecine sont largement rachetées par les pompeuses louanges qu'il adresse de Postdam à M. Bagieux, chirurgien-major des gendarmes de la garde : « J'ai toujours regardé votre profession comme une de celles qui ont fait le plus d'honneur au siècle de Louis XIV..... » Il lui est bien permis, après cela, de railler doucement Codenius, médecin du roi de Prusse : « C'est un fort bon homme, il en sait tout autant « que les autres; et quand il voit que mes dents tombent et que je suis attaqué du scorbut, il dit que j'ai une affection scorbutique. »

On ne voit pas au juste ce que pouvait être cette affection scorbutique, non plus qu'un érysipèle, dont il est plusieurs fois question. Ce que Voltaire supporta fort mal, ce fut la perte de toutes ses dents, ainsi qu'une blépharite ciliaire, qui ne furent que des accidents de vieillesse. Il eut en outre de la strangurie, et, en effet, dans le Voltaire du foyer de la Comédie-Française, ne vous semble-t-il pas voir la posture d'un homme légèrement tourmenté du côté de sa vessie?

A propos d'un remède fort usité autrefois, on me saura gré de citer ce joli mot : « Gervasi « m'a condamné aux cloportes. J'ai été plus d'une fois en ma vie condamné aux bêtes. » Si Voltaire n'était pas l'auteur de cette boutade, il faudrait l'inventer. Les cloportes sont passés de mode; les autres ne passeront jamais.

Voltaire usait du café à peu près comme Balzac; depuis cinq heures du matin jusqu'à trois heures après-midi, sa seule nourriture consistait en une douzaine de tasses de chocolat mélangé avec du café. Je retiens ce mélange, dont l'idée me paraît heureuse, mais que M. Prudhomme trouverait bien échauffant.

précédant l'atrophie des muscles de la partie supérieure du tronc. Aujourd'hui, les mêmes altérations menacent les membres inférieurs, car depuis quatre ou cinq mois, la malade a la marche moins facile, et la puissance musculaire de la jambe droite notablement affaiblie.

Il existe encore d'autres manifestations morbides plus récentes que les signes locaux précédents. Ce sont, par intervalles, des douleurs passagères de la base du thorax; des secousses brusques, inopinées et fugitives, faisant tressaillir les membres affectés. Enfin, par l'exploration de la région spinale, au niveau de l'espace interscapulaire, on limite à la pression une zone d'endolorissement avec retentissement de la douleur sous les deux omoplates.

En même temps que ces signes positifs de l'amyotrophie spinale, on constate des signes négatifs de troubles viscéraux. L'intelligence est lucide, les grandes fonctions normales; les sphincters de la vessie et du rectum, ainsi que les muscles lisses ne sont pas altérés.

Que conclure de l'appréciation de ces signes positifs ou négatifs ? Sinon que, chez cette jeune fille, l'amyotrophie est progressive et cœxiste avec des lésions cornuelles de la moelle. Le diagnostic anatomique est-il suffisant, dans les amyotrophies de cette nature, pour déterminer si l'atrophie est primitive ou bien si elle succède à des altérations des cellules motrices de la moelle?

Dans l'espèce, en présence d'une telle affection déjà ancienne, c'est dans l'évolution des accidents morbides et dans l'appréciation des circonstances commémoratives qu'il faut chercher la confirmation du diagnostic. Au témoignage de cette malade, l'impuissance musculaire du membre supérieur gauche a été le premier acte de la maladie. Elle a débuté brusquement, à l'âge de neuf ans, après des sévices dont elle aurait été, dit-elle, la victime. Avant cette époque, elle n'avait jamais été atteinte de troubles de la motilité : le membre gauche possédait une forme normale, et conséquemment l'atrophie aurait été consécutive à l'affaiblissement subit de la puissance musculaire. Ce ne serait pas là le début classique de l'amyotrophie pour ainsi dire *pré-paralytique* de l'atrophie musculaire progressive, même chez les enfants.

Cette atrophie musculaire *post-paralytique* aurait donc les allures des amyotrophies secondaires à des lésions nerveuses. Ici, assurément, il n'est pas question des déformations traumatiques par lésions des conducteurs nerveux, telles que la main *en griffe*, des blessures du nerf cubital; mais de troubles de la nutrition muscu-

---

Quant à la mort de Voltaire, l'impression qu'elle fit sur ses contemporains ne saurait être mieux rendue que par le passage suivant d'une lettre du docteur Tronchin : « Si mes prin« cipes avaient eu besoin que j'en serrasse le nœud, l'homme que j'ai vu dépérir, agoniser et « mourir sous mes yeux en aurait fait un nœud gordien, et en comparant la mort de l'homme « de bien, qui n'est que la fin d'un beau jour, à celle de Voltaire, j'aurais bien vu sensible« ment la différence qu'il y a entre un beau jour et une tempête. » Je ne me serais pas pardonné de ne pas vous faire connaître ce chef-d'œuvre de pathos; seulement, si vous avez besoin de serrer le nœud de vos principes, il ne vous sera pas toujours donné d'être témoin d'un évènement aussi approprié à la circonstance que le fut la mort de Voltaire; et le même critérium vous fera également défaut, si vous êtes incapable par vous-même de faire la différence entre un beau jour et une tempête.

Ce qui est bien du Voltaire, et du meilleur, c'est cet aphorisme qui en dit bien long en peu de mots : « L'âme immortelle a besoin de la garde-robe pour bien penser. »

Remercions M. le docteur Roger de son *Voltaire malade*, qui est à la fois œuvre de lettré et œuvre de médecin, et qui sera certainement apprécié du public comme il le mérite.

***

Puisque j'en suis aux citations et à la littérature du siècle dernier, vous me permettrez de vous donner un extrait d'un autre écrivain qui mérite bien, comme vous allez voir, d'être compté, avant Raspail, parmi les précurseurs des doctrines microbiennes. Ce qui suit est emprunté à Bernardin de Saint-Pierre et à ses *Harmonies de la nature*, qui furent, à proprement parler, le premier roman naturaliste ; « Je crois qu'on peut attribuer la plupart des maladies

laire consécutifs à certaines affections de la moelle : les amyotrophies secondaires aux scléroses médullaires par exemple (1). L'histoire de la maladie devient alors un des principaux éléments du diagnostic; l'époque chronologique de l'apparition des symptômes spinaux en est un autre. C'est qu'en effet, précoces le plus souvent dans les trophomyélites primitives, ces manifestations, comme chez la malade dont il est ici question, sont tardives et toujours postérieures aux signes locaux, dans l'atrophie musculaire progressive protopathique. Elles les précèdent dans les premières; elles les suivent dans la seconde.

D'autre part, si les troubles morbides actuels n'ont évidemment pas, au point de vue clinique, de lien de parenté avec la *paralysie générale spinale antérieure subaiguë*, il n'en est peut-être pas de même avec la *paralysie spinale atrophique*. A ne considérer que les commémoratifs, l'instauration de la paralysie, avant toute lésion atrophique, est le début classique de la paralysie spinale atrophique de l'enfance. Enfin, un autre signe de l'atrophie musculaire progressive infantile fait ici défaut : la déformation persistante localisée à certains muscles de la face, à laquelle Duchenne accordait une grande valeur dans le diagnostic de cette maladie, même ancienne. Voilà donc des circonstances symptômatiques motivant la discussion de l'hypothèse pathogénique d'après laquelle, au lieu d'être primitive, l'amyotrophie progressive actuelle serait l'épisode terminal d'une paralysie atrophique aiguë de l'enfance. La trophomyélite cornuelle, aiguë au début, aurait pris plus tard une marche chronique et l'envahissement atrophique des muscles volontaires serait parallèle à la destruction progressive des cellules motrices de la moelle. Après une paralysie subite du bras gauche, ayant débuté sans fièvre et sans convulsions, — on sait que ces symptômes sont loin d'être constants — (1) et constituant la phase *paralytique* de l'affection, la perte de la motilité aurait rétrogradé et se serait localisée sur certains muscles. Dès lors, la phase *atrophique* étant ouverte, le processus morbide aurait pris les allures envahissantes de l'amyotrophie progressive. Cette malade aurait donc place à côté des cas observés dans ces dernières années par MM. Raymond, Carrier, Hayem, Quinquaud, Coudoin, Oulmont et Neumann (2).

Ces relations pathogéniques ne sont pas illégitimes, puisque les travaux récents

(1) Bramwell. *The Diseases of spinal cord*, p. 198, 1882.

(2) Oulmont et Neumann. *De l'influence de la paralysie progressive sur le développement ultérieur de l'atrophie musculaire progressive.* (*Gaz. hebd.*, p. 756, 1881.)

« contagieuses à des animalcules qui vivent dans des fluides et qui s'attachent à des corps, « au moyen desquels ils se communiquent par le contact. Il est certain qu'elles s'engendrent « toutes par des temps chauds et humides, qui sont les grands mobiles des générations végé- « tales et animales. Ces mêmes maladies ne cessent que par des froids rudes ou des chaleurs « arides, si contraires à toute espèce de génération. Celles qui naissent uniquement de la « corruption de l'air ne se communiquent point par le contact; telles sont les fièvres d'au- « tomne et celles des pays marécageux. Quant aux autres, comme les dartres, la gale, la « lèpre, les maladies pédiculaires et vermineuses, les fièvres pourprées, la rougeole, la « petite vérole, la rage et la peste, qui ne se communiquent que par un attouchement « plus ou moins intime, elles paraissent devoir leur origine à des animalcules invisibles qui « vivent dans nos humeurs viciées, et s'attachent même à de simples linges..... Il est « évident que la petite vérole renferme dans ses écailles desséchées des animalcules « vivants, comme les rotifères, qui se développent et reprennent leur activité par une « simple transpiration.... » Tout y est, les microbes et les humeurs virulentes (animalcules vivant dans des fluides), la distinction des maladies virulentes et des maladies simplement infectieuses, et jusqu'aux microbes de la lèpre et de la rage, deux des derniers venus dans la génération actuelle des microbes.

S'il y a beaucoup de fantaisie et d'imagination dans l'histoire naturelle selon Bernardin de Saint-Pierre, on conviendra toutefois que sa conception des maladies contagieuses n'a point périclité avec le temps.

Sa seule pensée d'ailleurs, c'est de nous montrer que tout est pour le mieux dans la nature, et que certains insectes, par exemple, non seulement « pompent les humeurs surabondantes « du corps des hommes et des animaux, mais encore les empêchent de se livrer à de trop

tendent à condenser cliniquement dans un seul groupe (1) la *paralysie spinale infantile*, la *paralysie spinale antérieure aiguë des adultes*; la *paralysie spinale antérieure chronique* ou *atrophie musculaire progressive*, l'*atrophie progressive héréditaire* de Leyden et la *paralysie bulbaire progressive*, maladie que Trousseau considérait comme une *atrophie musculaire progressive à marche rapide*.

L'histologie pathologique a déjà établi l'unité anatomique fondamentale de ces processus. Leur assimilation repose donc sur une base certaine. Quant à leur signalement, il consiste dans la forme de leurs allures cliniques. Reste leur terminaison? Leur diagnostic a pour base l'appréciation de variétés dans le type. L'amyotrophie en est l'aboutissant. Si donc, pour ces motifs, on réunit ces affections sous la dénomination commune d'*amyotrophies spinales protopathiques*, *aiguës* ou *chroniques*, on voit que l'évolution des lésions atrophiques musculaires est encore au lit du malade un élément important du diagnostic. L'envahissement successif des muscles dans les régions jusque-là indemnes est donc un signe dont l'existence ne laisse guère de doute sur la forme de la maladie. En tout cas, dans l'espèce, il a une valeur clinique supérieure à d'autres symptômes qu'on a donné comme différentiels : les contractions fibrillaires (2) ou l'abaissement de la température des membres affectés, par exemple. Les premières peuvent s'observer dans toutes les amyotrophies, et le second est tout aussi considérable dans la paralysie spinale antérieure aiguë que dans l'atrophie musculaire progressive (3).

Aussi, l'amyotrophie de la malade de la salle Rayer, quel qu'en ait été le début, qu'elle soit une phase avancée d'une atrophie musculaire progressive infantile primitive, ou bien l'aboutissant d'une paralysie atrophique, n'en possède pas moins cette tendance à l'envahissement et à la localisation sur certains muscles. N'est-ce

(1) Jorissene. *Les amyotrophies spinales protopathiques*. (*Annales de la Société médico-chirurg. de Liège*, 1882, p. 70.) — Voir : Seeligmüller. *Deutsch. med. Woch.*, 20 nov. 1881. — Schultze. *Arch of psych. Nerven*, t. XII, 1882, p. 457. — Bode. *Central. fur die med. Woch.*, 1882, n° 1.

(2) Poincarré. *Le système nerveux*, t. I, p. 196.

(3) Firkert. *De l'abaissement de la température accompagnant certaines lésions des centres nerveux* (*Ann. de la Société méd.-chir. de Liège*, 1882, p. 63).— Voir : Hardy. *Gaz. des hôpitaux*, 17 janvier 1882, et *France médicale*, 1881, n° 45. — Ross. (*Manchester med. Society*, 7 mars 1883.)

« longs sommeils, et les forcent de recourir aux bains si salutaires. » En effet, je me souviens de certaines habitations où les punaises remplissaient bien consciencieusement cette mission de s'opposer à de trop longs sommeils, étant donné qu'elles m'empêchaient complètement de fermer l'œil.

J'espère que mes lecteurs ne m'en voudront pas, pour aujourd'hui, de leur avoir servi du Voltaire et du Bernardin de Saint-Pierre, entremêlés d'une très petite quantité de

LUBANSKI.

L'ÉPIDÉMIE DE VARIOLE HÉMORRHAGIQUE DU TONKIN.

L'épidémie actuelle de variole hémorrhagique du Tonkin ne sévit pas seulement sur la population indigène. La petite garnison d'Hanoô vient d'être éprouvée par la mort de trois victimes. De plus, un médecin de la marine, M. Chaigneux, avait été atteint gravement et commençait à peine à entrer en convalescence au moment du départ du dernier courrier.

Le gouvernement annamite n'a jamais prévenu le développement de cette maladie par la vulgarisation de la vaccine. C'est un soin qui incombera à la future administration française du Tonkin. Il sera utile d'organiser dans cette province un service de vaccination analogue à celui qui fonctionne actuellement dans la Cochinchine française ou des médecins de la marine, chargés de ce soin, parcourent le pays pendant toute l'année.

Si nous en croyons un médecin de la marine, correspondant du journal le *Temps*, d'après les indigènes, « les épidémies de variole hémorrhagique, fréquente à Hanoô, durent de quarante à cinquante jours, et ne se manifesteraient jamais deux fois dans la même année. » Le témoignage serait rassurant, à la veille du départ des troupes de renfort qu'on expédie en ce moment au Tonkin. Néanmoins, à titre de mesure prophylactique, la revaccination des soldats, avant leur embarquement à Toulon, serait une sage mesure de précaution. — L. D.

pas là l'évolution caractéristique de l'atrophie musculaire progressive classique, c'est-à-dire de la maladie d'Aran et de Duchenne?

Le pronostic en est d'autant plus grave que, malgré la conservation de la contractilité myo-électrique, indice de l'intégrité encore existante de quelques fibres musculaires, la terminaison fatale n'est pas douteuse. Elle n'est qu'une question de temps. C'est là encore une autre différence diagnostique entre les amyotrophies aiguës ou chroniques, localisées ou progressives, avec ou par lésions des cornes antérieures de la moelle épinière!

Ch. ELOY.

BIBLIOTHÈQUE

LES THÈSES DU CONCOURS D'AGRÉGATION EN MÉDECINE (1883).

Suite. — (Voir le numéro du 22 avril.)

IV. — *Des asphyxies toxiques*, par M. ARTIGALAS.

V. — *De l'asphyxie non toxique*, par M. DREYFUS-BRISSAC. — Paris, G. Masson.

Il y aurait à faire de ces deux thèses un rapprochement curieux et intéressant à étudier. Chacune d'elles constitue la moitié d'un tout qui est l'exposé de nos connaissances sur l'asphyxie, et si les deux auteurs avaient pu s'entendre pour dresser ensemble le plan de leur travail, puis prendre chacun la partie qui ressortit à l'asphyxie toxique d'une part et à l'asphyxie non toxique d'autre part, nous aurions actuellement sur l'asphyxie un livre en deux parties qui pourrait rester classique pendant au moins une génération d'étudiants, Mais, dès le début, le défaut d'entente se montre entre les deux auteurs. Obligés de donner d'abord une définition de l'asphyxie, l'un prend la définition de Beau, l'autre celle de Bichat, qu'il complète. Le désaccord ne fait ensuite que s'accentuer, et nous force à donner une analyse séparée de la thèse de M. Artigalas et de celle de M. Dreyfus-Brissac.

M. Artigalas ne donne pas à proprement parler de définition de l'asphyxie. Comme définition, il prend la description clinique que Beau a donné de ce syndrome : suspension de l'intelligence, du sentiment, de la respiration et du pouls; affaiblissement des bruits du cœur pouvant aller jusqu'à la cessation complète; le tout d'une durée variable.

L'asphyxie nait d'un trouble du cœur ou du poumon; dans ce dernier cas, elle survient parce que le gaz respiratoire manque, ou parce qu'il est toxique; et l'auteur arrive ainsi à la définition de l'asphyxie toxique : c'est la suspension des pulsations artérielles, des mouvements respiratoires et de l'innervation, état consécutif à l'absorption par la surface pulmonaire d'un gaz toxique.

M. Artigalas prend alors comme type l'asphyxie par l'oxyde de carbone, et en rapproche ensuite les autres asphyxies toxiques : par l'hydrogène sulfuré, l'acide nitreux, le chloroforme, l'acide phénique, etc., en faisant ressortir pour chacune d'elles les différences qu'elles présentent avec l'asphyxie carbonique.

Celle-ci a d'ailleurs plusieurs variétés, suivant qu'elle est causée par l'oxyde de carbone pur, versé dans l'atmosphère, ou par la vapeur de charbon, le gaz des mines de guerre, le gaz d'éclairage; toutes ont une anatomo-physiologie, une symptomatologie et un traitement communs, car, outre que le poison est le même, les lésions cadavériques sont identiques; quelques traits particuliers seulement les différencient. Il convient de dire encore que l'asphyxie aiguë diffère des asphyxies lentes ou anémies professionnelles des ouvriers exposés aux vapeurs de l'oxyde de carbone, de l'asphyxie causée par l'acide carbonique et des accidents produits par les gaz des cuves vinaires.

M. Dreyfus-Brissac emprunte à Bichat, pour concevoir l'asphyxie, l'idée maîtresse de son immortel ouvrage : « La vie et la mort », c'est-à-dire l'action délétère du sang noir sur nos tissus, mais en y ajoutant la notion nouvelle apportée par la physiologie et la clinique, savoir : l'importance prépondérante des centres nerveux dans les manifestations asphyxiques, et le trouble profond des organes respiratoires qui amène la perturbation des fonctions des centres nerveux. C'est donc à la physiologie qu'il fait surtout appel pour arriver à sa description de l'asphyxie non toxique, et à laquelle il consacre la première partie de sa thèse.

Cette première partie est l'exposé de nos connaissances actuelles sur la physiologie normale de la respiration, qui comprend la physiologie de la circulation pulmonaire, de l'hématose, des muscles qui interviennent dans la fonction respiratoire, et de l'innervation directe et réflexe de ces appareils moteurs. Puis vient l'étude des modifications qui surviennent dans les diverses

fonctions du fait de l'asphyxie, suivie de l'étude clinique de l'asphyxie non toxique : conditions productrices de l'asphyxie, séméiologie, avec un chapitre spécial sur l'asphyxie des nouveau-nés et des considérations thérapeutiques générales.

Il ressort de cet exposé que l'influence du sang noir en excès dans l'organisme, cause directe de l'asphyxie, se manifeste d'abord par une stimulation, puis par une dépression; elle s'exerce sur la périphérie indirectement, par l'intermédiaire du système nerveux central et directement à la fois par contact. Les grandes propriétés vitales sont atteintes dans l'ordre suivant : neurilité d'abord, puis contractilité volontaire, enfin contractilité involontaire.

Ce court résumé suffira à montrer le plan de ces deux travaux, mais ne donnera que bien imparfaitement une idée de leur valeur et de la manière dont ils sont traités. Un mot suffira pour les caractériser : l'un est un bon devoir d'élève; l'autre est l'œuvre d'un maître; et cependant telle est la fatalité des concours, que l'auteur du premier a été nommé agrégé, et que celui du second devra recommencer la rude épreuve de l'agrégation. Il est bon d'ajouter que M. Artigalas concourait pour Montpellier et M. Dreyfus-Brissac pour Paris, et que la lutte entre les concurrents de Paris et ceux de la province a été en général très inégale.

J'ai déjà exprimé le regret du manque d'entente entre les deux auteurs. Un exemple pourra encore en faire ressortir les inconvénients. M. Artigalas range dans les asphyxies toxiques celle qui est produite par l'acide carbonique. M. Dreyfus, faisant rentrer dans les asphyxies non toxiques celles qui sont causées par les modifications du milieu extérieur, comprend aussi celle qui a pour cause l'inhalation d'acide carbonique par un sujet renfermé dans un air confiné.

Par contre, aucun des deux auteurs n'a parlé de l'asphyxie locale, qui cependant aurait dû au moins être signalée. Si, comme certains auteurs l'admettent, elle a pour cause une perturbation du système nerveux, elle fait partie des asphyxies non toxiques; si au contraire elle a pour cause, comme d'autres auteurs le pensent, le paludisme, elle rentre dans les asphyxies toxiques. A ce double titre, elle aurait dû être mentionnée dans les deux thèses. Peut-être l'accord aurait-il pu se faire si le sujet avait été nettement limité, rangeant parmi les asphyxies non toxiques toutes celles qui ont pour cause une affection organique, quel que soit le milieu extérieur, et dans les asphyxies toxiques toutes celles qui ont pour cause une modification du milieu extérieur, outre l'introduction violente des poisons dans l'organisme. Et à ce propos, il eût été intéressant d'indiquer l'influence d'une affection organique antérieure sur les résultats de l'entrée d'un principe toxique asphyxiant, soit par les voies respiratoires, soit par la voie hypodermique (curare). C'est une lacune qu'on peut s'étonner de trouver dans un travail émané d'un élève de l'Ecole de Montpellier, où les données de pathologie générale ont été pendant si longtemps exclusivement enseignées, si l'on en croit du moins les revendications passionnées de certains de ses professeurs.

(*A suivre.*) L.-H. Petit.

JOURNAL DES JOURNAUX

Suture de la vessie, par le professeur G. Julliard, de Genève. — Cet habile chirurgien, dans une opération d'ovariotomie, eut le malheur de déchirer la vessie, dont la paroi postérieure très friable adhérait au kyste. La suture immédiate de l'organe ouvert dans le péritoine était la seule chose à faire.

Partant de ce fait que, lorsque deux séreuses sont bien adossées, l'adhérence est très rapide, il employa la suture de Lembert comme dans l'entérorrhaphie. Les aiguilles furent introduites à 1 centimètre de la solution de continuité, pour ressortir dans la plaie vésicale au-dessus de la muqueuse. Cette dernière fut soigneusement évitée, de peur que l'urine ne pût s'infiltrer le long des fils et faire échouer la réunion.

Il y eut quinze points de suture; un fil fut placé au delà de chacun des angles de la plaie, de façon que l'adossement les dépassait d'un centimètre; point essentiel, d'après l'auteur, car c'est aux angles de la plaie que la réunion a le plus de tendance à manquer.

M. Julliard se servit de catgut, bien qu'on lui reproche de n'être pas solide. En effet, le principal est d'obtenir un bon adossement des surfaces séreuses, et la réunion se fait rapidement; le catgut est bien assez solide pour atteindre ce but, et il a l'avantage de se résorber. Entre les mains d'autres auteurs, la suture a manqué bien qu'elle fût faite avec des fils de soie.

Pour empêcher le contact de l'urine avec la plaie, M. Julliard mit d'abord une sonde à demeure, et pratiqua le cathétérisme intermittent à partir du sixième jour. Il se garda de faire des injections dans la vessie,

La malade guérit sans accidents, et mourut six mois plus tard d'un carcinome du foie. A l'autopsie, on trouva sur la paroi postérieure de la vessie la cicatrice de la suture, sous la forme d'une ligne d'un blanc nacré; la vessie était souple et normale, il n'y avait pas trace des fils de catgut.

Conclusions de l'auteur : 1° La suture est le meilleur traitement des déchirures de la vessie ;

2° Elle doit être faite par le procédé de Lembert, comme dans l'entérorrhaphie;

3° Par son moyen, les plaies vésicales les plus étendues sont susceptibles de guérir par première intention sans qu'il en résulte aucun accident ni primitif ni secondaire. (*Revue méd. de a Suisse romande*, n° 1, 15 janvier 1883.)

Extraction de la cataracte, retour à la méthode de Daviel, par le docteur CHAVERNAC. — En 1879, dans les *Annales d'oculistique*, M. Warlomont constatait parmi les ophthalmologistes une tendance à revenir à la méthode de Daviel. M. Chavernac, pour sa part, y est déjà revenu depuis plusieurs années; le présent travail, qui a été communiqué à la Société de chirurgie dans sa séance du 29 novembre 1882, a pour but de montrer les avantages de cette méthode sur le procédé linéaire avec iridectomie.

L'auteur a fait 416 opérations de cataracte. « Au début, dit-il, j'ai exécuté pendant quatre ans l'opération de Daviel. Devenant alors transfuge, j'ai pratiqué pendant huit ans le procédé de von Græfe et entre temps les procédés de Jacobson, de Liebreich, et celui de Lebrun-Warlomont qui me paraît très logique, séduisant et rationnel. Depuis quatre ans j'opère de nouveau par le procédé français. Malgré son délaissement qui, je l'espère, ne sera que momentané, l'extraction à grand lambeau n'a pas été absolument discréditée, puisque Desmarres ne l'a jamais abandonnée, que Jeaffreson et Bowmann l'exécutent très souvent encore, et que l'un des plus habiles opérateurs de l'Allemagne, le professeur von Hasner de Prague, n'a pas cessé de la pratiquer à l'exclusion de l'extraction linéaire, à laquelle il avait reconnu dès son aurore les imperfections que d'autres n'ont aperçu que fort tardivement. Le procédé d'outre-Rhin n'avait pas non plus rallié à sa cause le docteur Sichel père... Sichel, Desmarres, Bowmann, Hasner ! Avec des opérateurs de cette taille l'extraction de Daviel n'est pas à la veille de sombrer; elle reste encore debout sans avoir perdu ni son prestige, ni sa valeur. »

M. Chavernac décrit avec détail sa manière de procéder, fournit une vingtaine d'observations, et conclut en disant : « La méthode de Daviel est une propriété nationale; c'est à nous Français qu'incombe le devoir d'en démontrer par les succès l'éclatante supériorité. » (*Extrait des Annales d'oculistique.*) — L.-G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 avril 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

M. Kanellis adresse une nouvelle note sur la terminaison des conduits biliaires dans le foie.

M. Paul Bert donne lecture d'un travail sur l'anesthésie prolongée, obtenue par le protoxyde d'azote à la pression normale.

M. Bouley présente, de la part de M. Chamberland, un petit volume intitulé : Du charbon et de la vaccination préservatrice de l'affection charbonneuse.

M. de Lesseps, en réponse à la communication de M. Cosson sur le projet de mer intérieure africaine, lit la note suivante :

J'étais absent à la dernière séance et n'ai pu par conséquent répondre aux objections présentées par M. Cosson contre le projet de mer intérieure.

Ces objections d'ailleurs ne sont pas nouvelles. Elles ont été réfutées à diverses reprises devant l'Académie des sciences par notre éminent confrère M. d'Abbadie, par moi-même et enfin par les notes de M. Roudaire. J'ajouterai que la Commission supérieure les a implicitement condamnées.

M. Cosson s'efforce d'abord d'établir que le projet a subi des modifications successives. Ce reproche n'est pas fondé. A la suite de ses premières explorations, en 1874 et en 1877, M. Roudaire n'a présenté que des avant-projets et a fait, lui-même, ressortir la nécessité d'études nouvelles. Ces études sont aujourd'hui complètement terminées et le projet est assis sur des bases définitives.

M. Cosson dit ensuite que la surface inondable du chott Rharsa est incertaine. Je suis heureux de saisir cette occasion pour annoncer à l'Académie que, pendant la dernière expédition,

M. Roudaire a exécuté 150 kilomètres de nouveaux nivellements dans le lit de ce chott, dont la partie submersible est, dès aujourd'hui, aussi bien délimitée que celle du chott Melrir. J'ajouterai que sa surface inondable est bien réellement de 1,350 kilomètres carrés, comme on avait cru pouvoir le conclure des premiers nivellements.

Mon honorable confrère persiste à croire que la mer intérieure ne sera qu'une espèce de marécage sans profondeur. Je ne saurais mieux répondre à cette objection qu'en déposant sur le bureau de l'Académie une carte qui représente, à la même échelle, trois coupes de la mer intérieure supposée remplie et une coupe du golfe de Gabès à Sfax. Il suffit d'y jeter un coup d'œil pour reconnaître que le golfe de Gabès, qui n'est cependant pas un marécage et où les navires circulent sans danger, ne paraît, auprès de la mer future, qu'une flaque d'eau sans profondeur.

La première sous-commission ayant constaté que rien ne permettait d'affirmer l'existence de deux courants inverses et simultanés dans le canal d'alimentation, M. Cosson en conclut que la mer intérieure ne deviendrait qu'une véritable saline. Je me bornerai à répondre qu'après avoir émis cette opinion, très hypothétique d'ailleurs, la même sous-commission s'est empressée d'ajouter :

« La concentration de la mer intérieure s'opérerait d'ailleurs avec une telle lenteur, qu'au point de vue pratique il n'y a pas lieu de s'en préoccuper. »

Au sujet des palmiers, j'ai déjà répondu que les effluves maritimes n'exercent sur eux aucune influence fâcheuse. Les grandes forêts de dattiers qui s'étendent sur les bords du lac Mensaleh fournissent les meilleures dattes de l'Egypte.

Il résulte, d'autre part, des nivellements pris, que la mer intérieure ne submerge que 3 ou 4,000 palmiers.

Quant aux terrains des *farfaria*, que M. Cosson estime si fertiles, ils ne produisent absolument que des fièvres paludéennes.

Voici du reste, à ce sujet, les conclusions de la deuxième sous-commission :

« Il est permis de conclure que si le remplissage du chott Melrir s'effectue de la manière prévue dans le projet, il s'ensuivra la destruction du foyer redoutable d'insalubrité palustre, situé au nord-ouest du chott Melrir, dans les régions appelées *Farfaria*, qui seraient entièrement submergées. »

Je ne suivrai pas M. Cosson dans les considérations qu'il développe, tant sur ce remplissage des bassins que sur l'exécution du canal.

Dans une question de botanique, je m'inclinerais devant lui; j'espère que, de son côté, quand il s'agit d'un travail tel que l'exécution du projet d'un canal destiné à remplir les bassins de la mer intérieure, il voudra bien me reconnaître quelque expérience.

Nous venons de voir que, dans l'opinion de M. Cosson, la mer intérieure deviendra une saline. En supposant que la base de ses calculs soit exacte, ce que je conteste, cette hypothèse ne se réaliserait que dans 1,500 ans.

Or M. Roudaire ne demande qu'une concession de 99 ans, sans subvention pécuniaire ni garantie d'intérêt, mais seulement des terrains limitrophes ne pouvant être fécondés que par l'établissement du canal de communication et par le remplissage des bassins existants à 25 mètres au-dessous du niveau de la mer.

Le Gouvernement pourra alors, dans un siècle, draguer le sol à raison de 50 centimes le mètre cube et il fera une très belle affaire en le vendant de 10 à 15 francs, attendu que cette matière précieuse sert de monnaie dans le commerce de l'intérieur de l'Afrique.

En ce qui concerne la dépense, évaluée par M. Cosson à 1 milliard, il a été établi, par les ingénieurs et les entrepreneurs qui m'ont accompagné dans notre récente exploration, que le canal de communication de la Méditerranée à la nouvelle mer représente, sur un parcours rectiligne à travers des terrains de sable et de terre meuble, une extraction de 200 millions de mètres cubes estimés à 50 centimes chacun, c'est-à-dire à un total de 100 millions de francs.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Addition à la séance du 1er mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. Panas croit devoir faire des réserves au sujet de l'opinion émise par M. Maurice Perrin relativement à des cas de conjonctivite purulente d'origine rhumatismale et qui, suivant lui, prendraient les caractères graves de l'ophthalmie blennorrhagique. M. Panas n'a pas eu l'occasion dans sa pratique d'observer un seul cas de ce genre.

Il n'est pas possible d'abord, à son avis, de s'en rapporter aux renseignements donnés par les malades. Ensuite il est des maladies antérieures de l'œil telles que les granulations de la

conjonctive, les blépharites, le larmoiement, les ulcérations de la cornée qui peuvent donner le change.

Mais M. Panas est d'accord avec son collègue pour reconnaître l'origine rhumatismale de bon nombre d'ophthalmies catarrhales rattachées habituellement à l'étiologie banale *a frigore*. Beaucoup de ces malades présentent en effet les signes propres à la diathèse arthritique, tels que : Eczéma, pityriasis, etc.

M. Maurice PERRIN est heureux d'entendre M. Panas présenter les points de doute qu'il avait présentés lui-même dans sa première communication. S'il a cru pouvoir être plus affirmatif dans sa seconde communication, c'est qu'il lui est venu depuis de divers côtés, surtout de la part de confrères de la province, des observations tres bien prises qui lui ont paru militer en faveur de l'opinion de l'origine rhumatismale de certaines conjonctivites purulentes. Dans ces observations a été notée en particulier, d'une manière expresse, l'absence des granulations conjonctivales. Mais M. Maurice Perrin ne fait aucune difficulté de reconnaître que la question dont il s'agit est encore à l'étude et qu'elle réclame de nouvelles observations.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 7 au 12 mai 1883.

Lundi 7. — M. Daniel : Des abcès glandulaires du sein chez les nouvelles accouchées. (Président, M. Depaul.)

M. Noguès : Essai sur le convallaria maïalis. (Président, M. Potain.)

M. Monnier : Etude sur une variété de luxation du métatarse (luxation en dehors des métatarsiens) — (Président, M. Duplay.)

M. Mangeot : Contribution à l'étude des ruptures variqueuses vulvaires pendant la grossesse. (Président, M. Duplay.)

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LE PRURIT ANAL. — PACKARD.

Camphre, hydrate de chloral, *āā*.	1 gr 75 centigr.
Vaseline	25 grammes.

F. s. a. une pommade conseillée dans les cas rebelles de prurit anal. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Berne, professeur de pathologie externe, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, par M. Levrat, agrégé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 7 mai 1883, à 4 heures *très précises*, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil).

Ordre du jour : I. Discussion sur la question de savoir si les pharmaciens sont autorisés à exécuter plusieurs fois successives la même prescription, sans une nouvelle ordonnance de médecin. — II. Analyse des travaux de la Société médico-légale de New-York, par M. Penard (suite). — III. Rapport de M. Boudet, sur la responsabilité qui peut incomber aux médecins pour l'accomplissement des missions qui leur sont confiées par des clients à leur lit de mort. — IV. Communication, de M. Brouardel, sur les vulvites. — Les aliénés dangereux et la sécurité publique.

MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. le docteur F. Guiard, ancien interne lauréat (prix Civiale) des hôpitaux, ouvrira sa clinique des maladies des voies urinaires le lundi 7 mai, à 1 heure, 99, boulevard Saint-Germain, près l'Ecole de médecine.

Consultations et opérations gratuites, conférences cliniques les lundis, mercredis, vendredis, à 1 heure.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

ÉTUDES DE CLINIQUE CHIRURGICALE

ABLATION D'UN ÉPITHÉLIOME INTRA-BUCCAL CHEZ UN DIABÉTIQUE,

Par L.-G. Richelot, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

M. le professeur Verneuil a provoqué, il y a quelques semaines, à la Société de chirurgie, un débat sur la question de pathologie générale qui fait le sujet habituel de ses méditations, et qu'il a formulée cette fois dans les termes suivants : *De l'influence du traumatisme sur les états morbides antérieurs.* Comme on pouvait s'y attendre, il a été impossible aux orateurs de se renfermer dans les limites indiquées par cette proposition, et de laisser de côté l'*influence des états morbides antérieurs sur le traumatisme.* Aussi bien n'était-ce pas s'éloigner beaucoup du point de départ, ni faire dévier gravement la discussion, car ces deux formules sont étroitement liées entre elles et ne peuvent être longtemps séparées.

J'ai observé dernièrement un fait qui vient prendre place à côté de ceux qui sont en ce moment débattus à la Société de chirurgie. Le voici en quelques mots :

M. B... a 65 ans. Il habite depuis longtemps l'Algérie, et vient à Paris pour se faire débarrasser d'un cancroïde qui siège à la face interne de la joue gauche. C'est un homme de petite taille, vigoureux, actif, et qui paraît doué de la plus robuste santé. Mais, en l'examinant avec soin, on découvre en lui plusieurs tares organiques.

Et d'abord, l'arthritisme : il accuse des douleurs rhumatismales et notamment des névralgies sciatiques. Aujourd'hui même, cinq semaines après l'opération qu'il a subie le 31 mars, il est convalescent d'un accès de colique hépatique, dont il vient de souffrir pendant une quinzaine de jours. Ses enfants ont de la gravelle et d'autres signes de la même diathèse, connus depuis longtemps de M. le docteur Thorel, médecin de la famille.

M. B... est de plus un paludique invétéré. En Algérie, la fièvre le surprend de temps à autre au milieu de ses occupations ; et, comme tant d'autres habitants, il a constamment du sulfate de quinine dans sa poche. Deux mois à peine avant son départ a eu lieu son dernier accès.

Enfin, c'est un diabétique déjà ancien. Il y a sept ans, un anthrax diffus et compliqué de la nuque l'a gravement compromis. L'urine n'a pas été sérieusement examinée à cette époque ; aujourd'hui, elle contient 40 grammes de sucre par litre, et le malade en rend à peu près 3 litres par vingt-quatre heures.

J'ose à peine ajouter que M. B... a quelque faiblesse pour l'absinthe, et qu'il s'est endormi sous le chloroforme à la façon des alcooliques. En vérité, l'arthritisme, le paludisme et le diabète nous suffisent. Je n'examine pas non plus la relation qui peut exister entre la fièvre intermittente et la glycosurie, relation sur laquelle M. Verneuil a suscité l'année dernière une discussion académique ; je me borne à constater leur coïncidence.

Voici maintenant les caractères de l'épithéliome intra-buccal. Sur la face interne de la joue, la tumeur largement ulcérée atteignait le cul-de-sac gingival supérieur, sans toucher le périoste ; en bas, elle restait assez loin du maxillaire ; en avant, un centimètre à peine la séparait de la commissure labiale ; en arrière, elle s'étendait jusqu'au voisinage de l'apophyse coronoïde. Heureusement, la peau n'était prise

qu'en un point fort limité; un bourgeon épithélial de petit volume la perforait à quelque distance en arrière de la commissure; on pouvait circonscrire ce bourgeon par une incision elliptique sans faire un trop grand sacrifice, puis tailler la joue en biseau de manière à n'enlever largement que les parties profondes. On sentait un ganglion, petit et mobile, dans la région sous-maxillaire.

La présence du sucre dans l'urine nous engagea d'abord à différer toute opération. Pendant quinze jours, le malade fut soumis au régime anti-diabétique sous la direction de M. Thorel, et au bout de ce temps, l'analyse donna 33 grammes au lieu de 40. En même temps, la quantité de l'urine diminua : de 3 litres, elle descendit à 1 litre 1/2.

Ce n'était là qu'un amendement léger. Mais je me disais que si nous temporisions davantage, le cancroïde pouvait arriver jusqu'au périoste, gagner en profondeur du côté de la gorge, envahir de nouveaux ganglions, et qu'en poursuivant la suppression totale de la glycosurie, je m'exposais à intervenir trop tard et dans de mauvaises conditions. Cette crainte s'ajouta aux instances du malade et aux apparences de bonne santé qu'il présentait, pour me forcer la main.

Je n'insiste pas sur l'opération, faite le 31 mars 1883. Elle fut ce que sont les opérations de ce genre : difficultés de l'anesthésie, extrême vascularité de la région, irruption du sang dans la gorge, tout se réunit pour les rendre délicates, voire même périlleuses, et pour qu'il en résulte un véritable choc opératoire. Tout se passa bien néanmoins, la plaie de la joue fut réunie par la suture, le ganglion sous-maxillaire enlevé, tout le champ opératoire recouvert d'un pansement phéniqué simple.

Les suites de l'opération, et c'est là ce que je veux mettre en lumière, furent d'une absolue bénignité. Le soir même, état satisfaisant. Nuit calme. Le 1er avril, apyrexie complète, aucune douleur; chose curieuse, la plaie sous-maxillaire étroite et profonde, que j'ai livrée à elle-même, s'est réunie par première intention; tout est souple autour d'elle et sans trace de phlegmasie. La suture de la joue est le siège, pendant quelques jours, d'un gonflement très minime; tous les points tiennent également. La salivation qui gênait le malade avant l'opération, a radicalement disparu. Enfin, la perte de substance intra-buccale se rétrécit à vue d'œil; M. B..., qui se fait quelques lavages avec de l'eau alcoolisée, ne s'aperçoit d'aucune suppuration dans l'intérieur de la bouche. Le sulfate de quinine, à la dose de 50 centigrammes, est administré pendant plusieurs jours, de peur que la fièvre intermittente ne se réveille.

Le 6 avril, j'enlève tous les fils (crins de Florence). Du 9 au 11, une petite collection purulente, apparue sous la cicatrice de la plaie cervicale, est incisée et guérit du jour au lendemain. Le malade commence à sortir... J'ai reçu le 2 mai sa première visite : il est convalescent, comme je l'ai dit, d'un accès de colique hépatique, mais d'ailleurs la guérison est parfaite : on voit en arrière de la commissure une légère depression, à demi cachée par la moustache et la barbe; dans la bouche, il n'y a plus trace de plaie, la face interne de la joue est entièrement cicatricée. Etant données les chances de récidive, on ne peut rien affirmer pour l'avenir de cet homme; mais en présence d'une aussi prompte réparation, en présence de la réunion immédiate non seulement de la suture, mais encore de la plaie cervicale, on peut dire que ce diabétique entaché de plusieurs diathèses a guéri mieux et plus vite que ne l'auraient fait à sa place bien des hommes plus jeunes et sans trace de lésions antérieures.

Une première remarque nous est fournie par cette observation. Si M. B..., malgré son diabète, a si bien résisté au choc opératoire, c'est qu'en dépit de la durée de sa maladie, il avait encore de bons tissus. Les états morbides antérieurs prédisposent, en effet, aux accidents opératoires par l'affaiblissement progressif de l'économie, de telle façon que les plus anciens sont ordinairement les plus graves, parce que la déchéance organique est plus avancée au moment où le traumatisme intervient. Mais ce n'est pas seulement l'âge absolu de la diathèse qui détermine le

degré de résistance vitale, c'est aussi la marche qu'elle a suivie, si bien qu'un diabétique de deux ans peut être plus invétéré, plus fragile que ne l'était mon malade après sept années au moins de glycosurie.

Je ne veux pas dire que les états morbides antérieurs n'aient d'importance que par leur intensité, non par leur nature, et que tous les diathésiques aient les mêmes tendances ou fassent la même figure en présence du traumatisme. Il n'en est pas moins vrai que ces états morbides sont avant tout des causes d'affaiblissement, voire même de cachexie; telle est, pour ainsi dire, l'influence banale des diathèses, influence qu'elles ont toutes indistinctement et qui n'est propre à aucune d'elles, influence dont le chirurgien doit savoir juger la valeur dans chaque cas particulier.

Une autre question, plus importante encore, peut être soulevée ici. En s'efforçant de mettre en lumière l'influence réciproque du traumatisme et des maladies antérieures, M. Verneuil, j'imagine, n'a pas seulement voulu établir cette vérité simple, qu'un homme sain et vigoureux résiste mieux qu'un malade, et qu'il vaut mieux posséder de bons tissus que des organes dégénérés. Or, c'est déjà beaucoup d'avoir entre les mains un élément qui modifie le pronostic; c'est beaucoup de pouvoir, la veille d'une opération, annoncer des accidents et d'avance établir les responsabilités. Mais ce qui importe le plus à la pratique, c'est de savoir dans quelle mesure la considération de l'état morbide antérieur change les indications, diminue la hardiesse opératoire, en un mot modifie la conduite chirurgicale.

La question ainsi posée, il y a certainement des cas où le chirurgien s'arrête en présence d'un état diathésique et d'un organisme sérieusement affaibli. Certaines opérations anaplastiques, par exemple, malgré leur utilité bien reconnue, seront différées, si la vie n'est pas en jeu, peut-être même ajournées indéfiniment.

Par contre, il y a des cas où la diathèse n'importe en aucune façon. Quand une hernie réclame l'opération, nous n'avons que faire de demander au malade s'il est diabétique; et s'il l'est, nous n'avons qu'à passer outre.

Enfin, dans une troisième catégorie peuvent se ranger les faits comme le mien, où la conduite à tenir est plus délicate et s'impose avec moins d'évidence. Que faire en présence d'un épithéliome envahissant chez un diathésique avéré ? Devais-je le laisser mourir quelques mois plus tard de sa belle mort, c'est-à-dire de la mort la plus affreuse, avec un ulcère rongeant de la face, des douleurs, des hémorrhagies, une suppuration fétide? Ne valait-il pas mieux agir, même au prix de sérieux dangers, à une époque où l'opération avait des chances de réussir? En un mot, n'avais-je pas la main forcée ? Et je parle ici d'un cas où nous pouvons, à l'aide d'un régime le plus souvent efficace, modifier à courte échéance l'état morbide antérieur et placer le malade dans de meilleures conditions physiologiques. Mais qu'il s'agisse d'un tuberculeux dont le genou suppure, et chez qui l'amputation de la cuisse est formellement indiquée; nous n'avons pas de médication qui fasse diminuer le tubercule au sein du poumon comme le sucre dans l'urine; tous les retards ne feront que prolonger la suppuration, aggraver la septicémie, et placer l'organisme dans de plus mauvaises conditons. Tout en prévoyant le retentissement du traumatisme sur des viscères plus ou moins altérés, force nous est bien d'intervenir.

Ces réflexions peuvent se résumer ainsi : Quand il s'agit d'une opération nécessaire, en dépit du mauvais terrain et du pronostic douteux, nous sommes réduits à nous comporter comme si la diathèse n'existait pas. Or en France, on l'a dit à la Société de chirurgie, nous n'aimons que les opérations nécessaires; moins jeunes que nos voisins d'outre-Rhin, nous avons passé depuis longtemps notre période d'enthousiasme opératoire, avec Roux, Blandin, Velpeau. Il en résulte que, parmi nous, la considération de l'état morbide antérieur peut influer sur le pronostic, mais n'est pas de nature, au moins dans un bon nombre de cas, à modifier profondément la conduite chirurgicale.

Je ne dis rien ici qui puisse étonner M. Verneuil, car les réserves que la vérité clinique nous oblige d'apporter à sa doctrine de prédilection, il les a lui-même indiquées. Et ceci m'amène à tenter quelques mots de réponse à une question que l'éminent professeur nous adressait au début de la discussion : « Pourquoi jusqu'ici,

dans les réunions où j'ai développé mes idées générales, les a-t-on toujours accueillies avec une attention courtoise, mais silencieuse? » Je dirai volontiers que la faute en est à M. Verneuil lui-même. Il y a des chefs d'école qui annoncent leurs idées avec fracas et les exagèrent pour les mieux imposer; par là même ils soulèvent une ardente opposition, d'où la vérité à la longue se dégage. M. Verneuil n'a pas eu ce despotisme ambitieux; il a ouvert une enquête, il a marché pas à pas, il s'est critiqué lui-même, et nous n'avons eu qu'à prendre sa doctrine, toute munie des réserves que les faits y apportent. Que fait en ce moment la Société de chirurgie, provoquée sur le terrain choisi par M. Verneuil? MM. Trélat et Desprès sont tombés d'accord avec lui sur l'influence réciproque du traumatisme et des diathèses, et ont demandé seulement qu'elle ne soit pas formulée dans des termes absolus; c'est précisément ce que M. Verneuil avait dit lui-même en maint endroit de ses ouvrages. Il n'y a donc pas, en quelque sorte, matière à discussion, et la doctrine ne peut soulever de violents orages, à la condition de n'être pas livrée aux fantaisies des esprits faux, et d'être tempérée par la double restriction suivante :

1° Quand l'organisme, en puissance d'un état constitutionnel défini, possède encore de bons tissus et n'est pas sérieusement affaibli, nous ne devons pas nous intimider outre mesure ni prévoir des dangers sans nombre;

2° Si nous avons pour principe de nous limiter, autant que possible, aux opérations nécessaires, la connaissance d'un état morbide antérieur peut assombrir le pronostic, mais il est rare qu'elle modifie profondément la conduite chirurgicale.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA PÉRITYPHLITE PRIMITIVE (1).

Leçon clinique professée par M. Bucquoy à l'hôpital Cochin,

recueillie par M. Richardière, interne du service.

Ces deux faits vous permettent déjà de vous rendre compte de ce qu'est la pérityphlite primitive. Il va donc nous être facile d'en compléter l'exposé des symptômes et d'en faire le diagnostic.

Si l'on en jugeait par le silence des auteurs, cette variété d'inflammation péricœcale serait exceptionnelle. Il n'en est rien et je me hâte de vous dire qu'observant dans un milieu spécial, chez de jeunes sujets, j'ai tous les ans l'occasion d'en voir un certain nombre. La pérityphlite primitive, comme dans les exemples que je vous ai rapportés, se voit surtout, presque exclusivement, dirai-je, chez les jeunes sujets, et en particulier chez ceux du sexe masculin. Rarement observée après trente ans, elle est très commune chez les enfants.

Les causes en sont difficiles à préciser. D'après mes observations personnelles, elle se développe le plus souvent sous l'influence d'un exercice violent, d'une fatigue excessive. Je l'ai souvent vue déterminée par une course, une marche précipitée faite immédiatement après le repas, pendant le travail de la digestion.

Le froid paraît jouer un certain rôle dans son développement. Je n'irai cependant pas jusqu'à l'appeler pérityphlite rhumatismale en me servant d'un terme emprunté à Niemeyer.

En l'absence de causes appréciables dans nombre de cas, il est permis de se demander s'il n'y a pas quelque structure anatomique de l'organe, quelque particularité dans la texture du tissu cellulaire péricœcal qui doive être incriminé. C'est aux anatomistes de répondre.

Les causes de la pérityphlite secondaire sont au contraire la plupart du temps faciles à retrouver. Nous n'avons qu'à nous rappeler qu'elle accompagne les lésions de l'appendice cœcal ou du cœcum (inflammations, ulcérations, perforations par

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er mai.

suite de la présence de corps étrangers, de concrétions intestinales, de matières fécales durcies). Elle vient à la suite de la constipation invétérée. La pérityphlite primitive n'a rien à voir avec la constipation. Nos sujets n'étaient pas constipés quand ils sont tombés malades. Les femmes, les vieillards sont très exposés à la constipation, et c'est justement dans ces conditions de sexe et d'âge que la pérityphlite primitive est rare.

La pérityphlite primitive débute à la manière des maladies aiguës, par des frissons, de la fièvre, des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements. Bientôt les phénomènes se localisent dans l'abdomen et se manifeste ce symptôme qu'on pourrait appeler pathognomonique de notre maladie, la tumeur cœcale et péricœcale. Cette tumeur siège dans la fosse iliaque droite, et sa forme rappelle celle de l'organe affecté.

C'est une tuméfaction plutôt qu'une tumeur. Elle est mal circonscrite, très douloureuse à la pression, résistante plutôt que dure, ordinairement immobile se laissant un peu déplacer quand elle proémine. Elle occupe la fosse iliaque interne du côté droit. Elle se porte en dehors et remonte quelquefois jusqu'à l'hypochondre. A son niveau, la sonorité est peu considérable, mais la matité n'est pas absolue.

La pérityphlite primitive se terminant presque toujours par la guérison, la constatation anatomique fait défaut, et nous ne pouvons que faire des hypothèses au sujet du siège des lésions. Je crois cependant pouvoir dire que l'inflammation siège dans le tissu cellulaire qui enveloppe la partie du cœcum non recouverte par le péritoine. Pour avancer ce fait, je m'appuie sur ces symptômes : immobilité de la tumeur dès le début, absence de symptômes purement intestinaux (diarrhée ou constipation), demi-sonorité du cœcum. Enfin les symptômes du début sont d'une extrême acuité. Ils sont ceux d'un phlegmon, et ce plegmon ne peut avoir pour siège que le tissu cellulaire.

Que le péritoine qui passe au-devant du cœcum participe à cette inflammation, cela n'est pas douteux dans certains cas. La diffusion de la tuméfaction, le météorisme abdominal, la douleur généralisée à l'abdomen, la péritonite qui se généralise, les reliquats inflammatoires, dont j'aurai bientôt à vous parler chez certains malades, témoignent bien que le péritoine peut être intéressé. Mais cette inflammation du péritoine n'infirme en rien notre dénomination. C'est le tissu cellulaire péricœcal qui s'enflamme primitivement. L'inflammation, qu'elle siège en arrière du cœcum dans le tissu cellulaire, qu'elle atteigne simultanément le péritoine en avant, est bien toujours une inflammation péricœcale. C'est une pérityphlite et elle est primitive.

Les lésions ne se limitent d'ailleurs pas aux tissus péricœcaux. Elles gagnent les tuniques du cœcum qui s'engorgent, s'épaississent, s'infiltrent. L'organe se météorise, et alors la tumeur se trouve constituée avec tous ses caractères (résistance, sonorité profonde, induration périphérique).

Cette tumeur se termine presque toujours par résolution ; le suppuration qui est la règle dans la pérityphlite secondaire est ici l'exception. Les phénomènes généraux s'amendent, les symptômes locaux diminuent d'acuité, la tuméfaction disparaît et la guérison complète est la règle. Dans bien des cas, cependant, il reste des adhérences, des rétractions fibreuses du tissu enflammé qui un jour ou l'autre donneront lieu à des récidives.

Comme exemple de cette terminaison et de ces récidives, je peux vous rapporter l'observation d'un malade qui a été soigné dans nos salles et qui présentait une récidive évidente de pérityphlite.

C'est un nommé Simonin, âgé de 17 ans, cordonnier.

Le malade racontait avoir été pris, il y a dix-huit mois, d'accidents semblables à ceux pour lesquels il entrait actuellement à l'hôpital. Il était resté alors sept jours dans le service de M. T. Anger, qui diagnostiqua une typhlite. Jamais il n'avait eu d'autre maladie.

Depuis cette époque, le malade allait très bien, n'avait pas de constipation habituelle, lorsque, dans la nuit du 15, il fut pris de coliques violentes. Le lendemain, une diarrhée abondante s'établissait.

Au moment du premier examen, nous constatons une fièvre assez vive, un état saburral marqué avec langue blanche, pâteuse, envies de vomir.

Le ventre est un peu ballonné, surtout à la partie inférieure qui forme, au niveau des fosses iliaques et de la ligne médiane (partie sus-pubienne), un relief très marqué. La tuméfaction est toutefois plus prononcée du côté droit.

La palpation est douloureuse à droite et à gauche. La tumeur est légèrement sonore, un peu gargouillante. Elle présente une certaine fluctuation.

20. La tumeur a diminué de volume. Elle est, à cette date, bien plus prononcée du côté droit que du gauche.

22. La tumeur s'est encore affaissée. Le malade a, d'ailleurs, eu beaucoup de diarrhée depuis deux jours et on a pu constater dans les garde-robes la présence d'un peu de sang.

L'affaissement de la tumeur rend l'examen local bien plus facile, on peut alors constater que la tumeur a bien la forme du cœcum. De plus, elle est entourée de plaques indurées et reliées à la paroi abdominale par des brides larges et courtes, facilement appréciables.

26. La tumeur a presque complètement disparu. Il ne reste plus qu'à la partie externe un noyau induré, qui est certainement dû à des adhérences reliant le tissu péricœcal à la paroi abdominale.

A côté de la terminaison par la guérison complète, de la guérison avec récidives possibles, il faut placer un mode de terminaison beaucoup plus rare : la terminaison par suppuration. Quand la suppuration s'établit, elle peut se faire jour à l'extérieur. Dans ces cas, la marche est lente, l'ouverture tardive.

Bien plus fréquemment, les abcès s'ouvrent dans l'intestin.

Les malades sont pris de diarrhée fétide, de selles purulentes et ordinairement la guérison finit par arriver après ces évacuations plus ou moins répétées.

Ces abcès peuvent encore s'ouvrir dans la vessie, dans le vagin. Ils peuvent fuser au loin et suivre la marche des abcès migrateurs, gagner la cuisse par la gaîne des vaisseaux fémoraux. Dans certains cas, ils ont perforé la gaîne du psoas iliaque et ont fait saillie à la cuisse, au niveau du petit trochanter. Dans certaines migrations exceptionnelles, le pus a pu gagner le tissu cellulaire périrénal.

Enfin, la terminaison la plus malheureuse est l'ouverture du foyer inflammatoire dans le péritoine, avec ses conséquences funestes promptement mortelles.

Je ne veux pas terminer cette énumération des suites de la pérityphlite, sans m'élever contre cette opinion qui veut que ces pérityphlites primitives puissent devenir le point de départ de péritonites tuberculeuses. Je n'ai jamais vu semblable terminaison; je suis convaincu que, dans ce cas, on a confondu avec la pérityphlite certaines péritonites chroniques circonscrites.

Je passerai rapidement sur le diagnostic différentiel avec les tumeurs développées dans la fosse iliaque. Si je traitais complètement la question de la pérityphlite, j'aurais à vous montrer comment cette maladie peut être différenciée d'un phlegmon iliaque, d'un étranglement interne, d'une invagination intestinale.

Pour le cas que j'envisage, le point capital est de savoir si on a affaire à une pérityphlite primitive ou à une pérityphlite secondaire consécutive à une lésion du gros intestin et de l'appendice iléo-cœcal. Pour cela, il faut faire une enquête minutieuse sur les antécédents du malade ; savoir s'il a déjà souffert de l'intestin et comment il en a souffert.

C'est par le fait de l'existence ou de l'absence de symptômes antérieurs que vous arriverez à savoir si vous avez affaire à une pérityphlite primitive ou secondaire. Le personnage, dont je vous ai parlé au début de cette clinique, avait souvent eu des coliques, des points douloureux abdominaux. Et de fait, on a trouvé, à l'autopsie, un rétrécissement de l'intestin. C'était donc une pérityphlite secondaire.

N'allez pas croire que cette enquête soit toujours facile et que vous puissiez toujours vous prononcer avec certitude. Souvent vous devrez rester dans une sage réserve. Cette réserve vous est commandée en vue du pronostic très sérieux dans la pérityphlite secondaire, bénin dans la pérityphlite primitive.

Il me reste à vous dire comment j'institue le traitement de la pérityphlite primitive. Au début, je fais appliquer localement des sangsues. Avec cette émission sanguine, dont j'ai toujours constaté les heureux effets, je donne à l'intérieur un pur-

gatif (calomel, huile de ricin, etc.). Si l'inflammation est lente à se résoudre, je fais appliquer un vésicatoire.

Si la suppuration s'étend, si l'abcès tend à s'ouvrir à l'extérieur, j'attends que le pus soit bien collecté, et, alors, j'en pratique l'incision et j'en fais le drainage, en m'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS.

L'Union Médicale du 15 avril 1883 contenait, page 642, un court entrefilet sur le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés par les bains chauds à 50°, au sujet duquel je demande à présenter quelques observations.

Avant d'aborder le côté exclusivement pratique de ces observations, je ferai d'abord une petite rectification au sujet de la paternité d'une méthode dont le rédacteur n'a pas indiqué le véritable auteur.

Cette méthode est assez nouvelle cependant dans la science pour que son historique soit facile; il n'y a qu'à parcourir, à défaut des comptes rendus de l'Académie des sciences, un journal quelconque de médecine paru depuis trois ans, pour savoir que le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés par les bains à 50° a été introduit dans la science par le signataire même de ces lignes.

C'est dans les conclusions de mes *Recherches expérimentales sur l'asphyxie*, publiées en 1872 dans les comptes rendus de l'Académie des sciences que je l'exposai pour la première fois. En m'appuyant sur les nombreuses expériences que j'avais effectuées sur de jeunes animaux, je montrai qu'un bain chaud à 50° devait constituer le meilleur moyen de ramener à la vie les nouveau-nés en état de mort apparente.

L'indication resta sans appplication pendant longtemps. Il y a deux ans à peine, le docteur Goyard, après avoir épuisé pendant deux heures sur un nouveau-né en état de mort apparente tous les moyens classiques (insufflation, électricité, frictions avec un linge chaud, etc.), se souvint, au moment où il allait se retirer, des moyens que j'avais indiqué et proposa aux deux confrères qui l'assistaient de les employer. Après quelques secondes d'immersion dans le bain à 50° l'enfant revint à la vie. Ce résultat frappa tellement le docteur Goyard et ses confrères, qu'ils adressèrent à ce sujet une note à l'Institut dans laquelle ils n'oubliaient pas d'indiquer que la méthode m'appartenait. Publiée dans les comptes rendus de l'Académie des sciences du 10 janvier 1881, cette note fut reproduite par tous les journaux de médecine.

L'observation du docteur Goyard eu beaucoup de retentissement. Plusieurs praticiens s'empressèrent d'appliquer cette méthode, et les mêmes succès se répétèrent. Les docteurs Campardon, Grenet, etc., publièrent bientôt des observations du même genre. Les journaux allemands en ont donné également plusieurs et désignent simplement maintenant cette méthode sous le nom de son auteur.

Pour répondre à diverses objections qui m'avaient été présentées et en même temps pour faire connaître les précautions indispensables qu'exigent l'emploi des bains chauds à 50°, j'ai présenté à la Société de médecine pratique un mémoire publié dans le *Journal de thérapeutique de Gubler*, sous ce titre : *Recherches expérimentales sur le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés et de l'asphyxie par submersion.* Je vais en rappeler les parties essentielles.

Je montrais tout d'abord dans ce travail que les bains chauds à 50° différaient essentiellement par leur action physiologique des bains ordinaires; qu'il n'en avait jamais été fait mention dans aucun ouvrage de médecine, et qu'ils étaient complètement inconnus des accoucheurs. Les déclarations catégoriques du professeur Chantreuil et celle du docteur Mattei ne laissèrent aucun doute sur ce point. Non seulement, du reste, le moyen n'était pas employé, mais on peut même dire qu'il était condamné. Dans ses *Leçons sur la respiration*, publiées en 1871 et où le traitement de l'asphyxie — celle des nouveau-nés notamment — est l'objet de plusieurs chapitres, M. Paul Bert, se basant sur ce que les jeunes animaux sont d'autant plus vite noyés que l'eau dans laquelle on les plonge est plus chaude, recommande formellement aux médecins de ne pas se préoccuper de réchauffer les nouveau-nés dans le cas de mort apparente : « Plus on augmentera la température, dit-il, plus on augmentera les causes de mort ».

Abordant la question de l'emploi des bains à 50°, je fis voir comment ils devaient être employés, et montrai que l'enfant ne doit pas y séjourner plus de cinq minutes, sous peine d'être mis en état de rigidité cadavérique. Si l'enfant n'est pas revenu à la vie presque immédiatement après l'immersion, aucun moyen ne réussira à l'y ramener. Les affusions d'eau froide et la respiration artificielle, surtout par compression du thorax, qu'on a proposé

d'ajouter à la méthode, me semblent, d'après mes anciennes expériences, beaucoup plus nuisibles qu'utiles.

Arrivant ensuite à l'application de cette méthode au traitement des asphyxiés par submersion, je fis voir, toujours d'après mes expériences, que l'emploi de bains à 50 degrés serait désastreux pour des noyés, que ceux à 30 degrés pendant cinq minutes, moyen conseillé dans les nouvelles instructions imprimées des postes de secours et inspiré évidemment par la lecture de mon ancien travail, ne pouvaient donner de résultat satisfaisant. L'asphyxie par submersion déterminant en quelques minutes, chez les animaux, d'après mes expériences, un abaissement de température de 4 à 5 degrés incompatible avec la vie, il fallait cependant réchauffer rapidement les noyés. Après avoir prouvé que les moyens classiques, y compris l'emploi de couvertures chaudes, étaient absolument impuissants à combattre le refroidissement d'une masse comme celle du corps, je fis voir que le seul moyen de réchauffer les noyés était de les mettre devant un feu extrêmement vif, et non de leur donner des secours au grand air ou dans une chambre peu chauffée, ainsi que l'indiquent les auteurs classiques, le dictionnaire de Robin, notamment. J'insistais surtout sur ce fait essentiel que, lorsque le malade était ranimé, il fallait ne pas l'abandonner à lui-même, mais s'assurer de temps à autre, au moyen du thermomètre, que sa température ne continuait pas à baisser, parce qu'il arrive fréquemment qu'un animal noyé, ramené à la vie, succombe au bout de quelques heures par suite d'un refroidissement progressif, que j'ai constaté dans mes expériences et dont j'ai donné, du reste, la raison physiologique.

Je résumais finalement mon travail par les deux conclusions suivantes :

1° Le traitement le plus efficace de l'asphyxie des nouveau-nés est l'emploi d'un bain chaud à 50°. Il est indispensable de mesurer la température de ce bain au thermomètre, et non moins indispensable de ne pas y laisser l'enfant plus de quatre ou cinq minutes au maximum;

2° Lorsqu'un asphyxié par submersion peut-être ramené à la vie, l'accident contre lequel il faut surtout lutter est le refroidissement du corps. Le seul traitement pratique est de mettre le noyé devant un feu très vif, l'essuyer et pratiquer la respiration artificielle par simple élévation et abaissement des bras. Un bain chaud à 50° prolongé serait dangereux. Nos expériences démontrent que les couvertures chaudes, l'électricité et les divers moyens classiques sont entièrement inutiles.

Le lecteur excusera la longueur de ces observations; mais je ne les crois pas inutiles. Ce que j'ai dit du danger du refroidissement dans l'asphyxie par submersion s'applique du reste à tous les autres modes d'asphyxie, et si je n'ai pas insisté plus longuement sur eux, c'est que mes expériences n'étaient pas aussi nombreuses que sur les noyés.

Je ne terminerai pas sans faire remarquer que ce traitement de l'asphyxie des nouveau-nés, qui a donné de si brillants résultats dans la pratique, est uniquement basé sur des expériences physiologiques. La physiologie ne compte pas tellement d'indications thérapeutiques utiles à son actif, qu'il soit inutile de revendiquer celles qui lui sont dues. Sans doute, on doit proclamer bien haut qu'elle est le flambeau de la médecine, mais en confessant bien bas que ce flambeau la guide assez rarement.

Dr Gustave Le Bon.

THÉRAPEUTIQUE

DU GELSEMIUM SEMPERVIRENS ET DE SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE.

Le gelsemium sempervirens est un végétal originaire d'Amérique où il est connu sous le nom de jasmin luisant ou jasmin jaune. C'est un poison violent qui agit sur l'organisme comme paralysant du système nerveux. M. G. Rouch s'est livré à des études approfondies sur les propriétés de ce végétal et lui a reconnu les plus grandes affinités avec le curare : Se rapprochant des strycnos par son origine botanique, le gelsemium présente, dans certains cas une action paralysante périphérique; il se rapproche par là du curare, ainsi que par son action sur l'homme, identique à celle décrite pour ce dernier par MM. Liouville et Voisin; mais il en diffère par son action sur les centres moteurs, l'intensité de ses effets sur le cœur et le pneumogastrique; car dans le curare la paralysie périphérique précède celle du pneumogastrique, tandis qu'ici c'est l'inverse. »

S'il est démontré que le gelsémium est un agent paralysant, il n'est pas moins certain qu'il agit d'une manière différente suivant les préparations. Ainsi l'extrait américain ne paralyse pas les nerfs moteurs, tandis que l'extrait de Dausse les paralyse et que la gelsémine n'a pas d'action sur eux. Cependant, il n'est pas douteux que le gelsemium ne possède à un très haut

degré des vertus narcotiques, antispasmodiques et sédatives, qu'il n'ait une action spéciale sur la moelle épinière, le système ganglionnaire et les muscles striés, les facultés intellectuelles restant intactes.

La thérapeutique s'est emparée du précieux végétal pour en faire un moyen énergique de sédation des maladies nerveuses. Depuis longtemps il est employé en Amérique, en Allemagne et en Angleterre, et plus récemment il est devenu l'objet d'applications sérieuses en France. Il y a, en effet, tout un cortège d'affections douloureuses pour la guérison desquelles le gelsemium était indiqué par ses propriétés éminemment sédatives. Ces affections sont les névralgies.

M. Vanlair, professeur à l'Université de Liège, définit la névralgie : « Une affection dont le symptôme essentiel consiste dans une douleur paroxystique, reconnaissant pour cause exclusive une altération spéciale, encore indéterminée, des éléments propres du tissu nerveux cérébro-spinal ou ganglionnaire. » Il reconnaît l'existence de névralgies idiopathiques développées indépendamment de tout état morbide préexistant et de toute altération anatomique déterminée, et les névralgies symptomatiques liées à l'existence d'une prédisposition générale morbide ou d'une lésion pathologique plus ou moins éloignée. Les unes et les autres étant une altération du tissu nerveux cérébro-spinal ou ganglionnaire seront nécessairement affectées par l'emploi du gelsemium dont l'action sur ces tissus est démontrée par de nombreuses expériences.

M. le docteur Héroguelle a fait de ce médicament une étude spéciale et l'a employé avec le plus grand succès. Il a recueilli dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Saint-Antoine, une série d'observations des plus concluantes : Des névralgies faciales, frontales, dentaires, intercostales, néo-lombaires, des sciatiques, des migraines ont été soulagées immédiatement et guéries en très peu de jours. M. le docteur Gordes, de Genève, le docteur Spencer Thompson, de Londres, le docteur Ortille, de Lille, le docteur Surasze, d'Heidelberg, ont employé le gelsemium avec des résultats constants ; aussi la valeur thérapeutique de ce médicament est-elle aujourd'hui bien démontrée.

Il nous reste à parler du mode d'administration dont l'importance est considérable. Il ne aut pas oublier, en effet, que le gelsemium est un poison violent ; qu'employé en excès, il provoque des accidents oculaires, des prostrations, des nausées, des vomissements ; qu'il a amené la mort dans plusieurs cas où les malades avaient voulu s'en servir eux-mêmes et sans direction. La teinture alcoolique se donne par gouttes ; c'est le mode d'emploi le plus délicat, celui qui demande les soins les plus minutieux parce que la teinture est très active. Avec cette teinture, M. le docteur Fournier prépare un élixir rigoureusement dosé, d'un goût agréable et que l'on peut prendre par cuillerées à café. Ce mode d'emploi est infiniment plus commode et met à l'abri de tout danger. Mais la préparation entre toutes recommandable, tant pour la conservation du médicament que pour la facilité de son administration, est incontestablement la pilule. Les pilules de gelsemium du docteur Fournier, faites par les procédés les plus perfectionnés, sont dosées d'une façon rigoureuse, et nous avons pu nous assurer souvent de la régularité et de l'efficacité de leur action. On peut les prendre à toute heure, avant ou après les repas, pendant même, si la douleur se fait sentir. En général, cinq pilules dans la journée suffisent à calmer toute douleur : on en prend d'abord deux ensemble, puis ensuite une toutes les deux heures ; il ne faudrait pas en tout cas dépasser la quantité de sept pilules dans la journée.

Disons en finissant que si quelque accident se produisait à la suite d'un emploi exagéré du médicament, il serait immédiatement dissipé par une injection hypodermique de 0.01 ou 0.02 de chlorhydrate de morphine.

LA PANCRÉATINE DANS LES DYSPEPSIES

Saint-Michel en Thierach (Aisne).

Monsieur Defresne,

Voici la relation que je vous ai promise à propos de l'emploi que j'ai fait de la pancréatine. l'ai mise en œuvre contre trois cas : 1° Une dyspepsie par cancer intestinal ; 2° une tuberculeuse ; 3° une chloro anémique. Le premier cas était certes le moins favorable à l'efficacité d'un médicament quelconque. La marche extensive et inexorable de la diathèse s'oppose à des résultats longtemps affirmatifs. Pourtant, sous l'influence du ferment pancréatique pris après le repas, les digestions de ma malade furent pendant deux mois moins laborieuses. Avant d'en faire usage, elle souffrait tous les jours dans les deux heures qui suivaient ses repas, sans doute parce que ses aliments mal attaqués par leurs dissolvants venaient frotter contre

les surfaces malades. Quoi qu'il en soit, dès qu'elle prit de la pancréatine les coliques furent moins intenses, les selles plus régulières, l'échauffement intestinal plus tempéré. En somme la pancréatine n'a joué ici que le rôle d'un palliatif répondant à une indication symptomatique. Elle a fait intervenir sa puissance digestive, mais elle n'a en rien modifié la marche fatale de la maladie ; c'était à prévoir. De ce jour mon opinion sur son activité était faite. Je ne tardai pas à en acquérir d'autres preuves :

On m'appelle un soir auprès d'une dame de trente ans, malade depuis une année déjà. Après examen, je trouve une tuberculose avec dyspepsie simple, c'est-à-dire sans trace de réaction inflammatoire dénotant des lésions intestinales. Depuis deux jours manque absolu d'appétit. La langue est un peu saburrale. Je prescris la pancréatine à la dose de 1 gramme après les repas. Le premier est supporté passablement, le second l'est mieux encore. Au bout de deux jours la fonction digestive allait à merveille. Mais est-ce bien au ferment que tout cela était dû ? Sans conteste, puisque ma malade ayant manqué de cet auxiliaire pendant deux repas était retombée dans sa dyspepsie primitive. Au bout de huit jours l'estomac avait repris son activité et nous pouvions suspendre la médication.

Le cas où l'action de la pancréatine m'a frappé le plus est certes celui que je vais exposer : Une fille de 16 ans, très grande, mais mince, a présenté une croissance rapide dans ces dernières années, mais en même temps elle est devenue la proie d'une chlorose qui n'a fait que suivre une marche ascendante jusqu'ici. Le premier médecin appelé la mit à l'usage du fer, du quinquina, des eupeptiques, mais, au bout de trois mois, la situation allait de mal en pis, une consultation fut jugée nécessaire, on me manda. Voici en quelques mots ce que je relevai : Il y avait eu dans les trois mois, à diverses reprises, des crachements sanguinolents, parallèles à une absence des règles, point de lésions pulmonaires. Du reste, depuis leur éruption initiale, les règles étaient toujours irrégulières, pâles, peu abondantes. Sensation angoissante d'étranglement à la gorge, dont les paroxysmes revenaient surtout aussitôt après les repas, en s'accompagnant de congestion faciale et de fébricule. Conjonctives décolorées. Langue un peu saburrale. Pouls régulier à 60 ; à peine un soupçon de souffle au cœur. A certains moments, la malade percevait les battements de son cœur et en était incommodée, comme par une sorte d'hallucination nerveuse. En un mot, le syndrome frappé ici en relief consistait : 1° en accidents hystériformes ; 2° en dyspepsie chloro-anémique. Nous prescrivons contre les premiers troubles les lavements de bromure à dose ascendante, nous voulûmes attaquer les seconds en faisant le traitement causal, nous joignîmes au fer et au quinquina le phosphure de zinc. Au bout de quinze jours, nous dûmes le reconnaître, notre médication était totalement impuissante. Le bromure, qui avait paru enrayer pendant quelques jours les crises nerveuses, restait inerte à la dose de 7 grammes par jour. Nous y substituâmes le chloral qui fut mal supporté et se montra nul comme sédatif. Pendant ce temps, je m'ingéniai à me rendre maître de l'estomac. Pour aller du simple au complexe, je commençai par donner la pancréatine en poudre à la dose de 1 puis de 2 grammes par jour au moment du repas. Résultat médiocre. La pepsine, qui en l'absence de l'autre ferment, fut prise pendant quarante-huit heures, ne parut pas plus triomphante. C'est alors que nous décidâmes de recourir, en désespoir de cause, à la *bouillie de Potain* (*peptone*). Avant de passer outre, il est utile de dire que le bilan de notre malade était aussi mauvais que possible, que nous avions perdu du terrain tous les jours, qu'elle était confinée au lit, que nos pronostics prenaient de plus en sombre couleur. Voici ce que nous prescrivîmes :

1° *Bouillie de Potain* : Viande hachée, 75 grammes, dissoute à l'aide d'une quantité suffisante de pancréatine Defresne environ douze cuillerettes, exposée à une température de 40 degrés pendant une demi-heure, puis passée au tamis ; (1)

2° *Bouillie de Liebig* : Fécule, 1 kilogramme ; poudre de malt, 1,500 grammes.

Les 75 grammes de viande, donnés à titre d'essai, devaient être pris au repas de midi. Nous avions recommandé, si la tolérance était parfaite, de passer le lendemain à 100, plus tard à 120 grammes ; mais de n'en faire qu'un seul repas, pour ne point nous heurter à une fin de non-recevoir provoquée par le dégoût. Or, du premier jour, la situation s'inscrivait ainsi : Repas du matin mauvais, crises, lourdeurs gastriques, congestion facile. Repas de midi indemne de toute complication autre que les crises nerveuses. Par une de ces lois d'exception si fréquentes chez la femme, le repas du soir a toujours été un peu plus facile que les autres. Aujourd'hui, il se maintient comme naguère, mais il est moins bon que le repas de midi.

(1) Nota. La bouillie de Potain est peut-être ce qu'il y a de plus complet en ce genre, car non seulement la fibre musculaire s'y trouve peptonisée mais encore la graisse, aliment respiratoire, y est dédoublée et rendu assimilable. Nous pensons toutefois qu'il serait aussi très efficace, et beaucoup plus commode d'employer dans un cas semblable, la peptone Defresne bien qu'elle ne soit pas préparue suivant le procédé du savant professeur. — Th. D.

Depuis trois semaines nous marchons de la sorte. Au début de cette période, les règles sont revenues. Leur éruption a porté au paroxysme les différents troubles organiques. Puis, au bout de cinq jours, reprise des allures sus-mentionnées. Toutefois nous n'étions point encore parvenus à juguler les désordres nerveux qui faisaient le désespoir de notre malade. Il y a huit jours, nous instituâmes les injections hypodermiques d'atropine, à commencer par deux milligrammes, pour y revenir plusieurs fois par jour s'il en était besoin. Hier, j'apprenais que depuis lors les troubles nerveux s'amendent à merveille que les digestions s'améliorent et que notre malade renaît à l'espérance. Non seulement nous ne perdons plus de terrain, mais nous en regagnons.

Pour nous résumer, voici un cas de dyspepsie complète, avec déchéance organique progressive, ne tenant pas à une diathèse fatale, et vis-à-vis duquel pourtant le médecin, après avoir mis tout en œuvre, hoche la tête et se trouve désarmé. L'un de nous a lu les expériences de Potain sur la pancréatine, avant d'abandonner la partie, il veut au moins les reprendre en sous-œuvre. Un repas sera dissout à la pancréatine Defresne. Aussitôt sa digestion se fait comme par enchantement. Tel est le fait...

Cette observation contient deux enseignements pour le médecin : elle met hors de doute la puissante intervention de la pancréatine et elle fait voir que l'activité d'un agent tient quelquefois plus qu'on ne pense à la façon dont on l'administre. C'est pour moi une vérité banale. Aussi la pancréatine prise en poudre après le repas, n'allège point les digestions de notre anémique, mais employée comme dissolvant extracorporel, elle devient du même coup un auxiliaire de premier ordre.

Je termine cet exposé en mettant en parallèles ces quelques lignes extraites d'une note du professeur Bouchardat sur les dyspepsies (*Bulletin thérapeutique*, page 153, 1879) le lecteur tirera les conclusions.

« On a, selon moi, beaucoup exagéré comme pouvant déterminer les dyspepsies, l'insuffi-« sance des ferments digestifs. Ces ferments font-ils vraiment défaut ? On ne saurait le dire « avec trop d'assurance, mais on peut rationnellement le supposer. » Et il ajoute « que son « ami Chomel donna sur ses indications des pancréas crus de pigeons, mais n'en retira aucun « résultat sensible, que toutefois ce n'est pas une raison pour renoncer à ce moyen inoffen-« sif qui, pour échouer chez un malade, réussit très bien chez un autre. »

Il faudrait savoir si les pancréas de M. Bouchardat étaient bien frais, vu l'altérabilité rapide du suc pancréatique. Toujours est-il que la pancréatine obtenue et conservée par votre procédé est autre chose qu'un agent inoffensif; médecins et malades étaient aux abois, ce fut pour nous une planche de salut.

Je vous autorise à donner à ces résultats la publicité qu'il vous plaira. Je sais que le bagage des faits favorables à la pancréatine s'augmente chaque jour. C'est avec plaisir que je vous ai raconté ceux dont j'ai été témoin.

Agréez, je vous prie, Monsieur, l'assurance de ma considération.

D[r] BEUGNIES-CORBEAU.

JOURNAL DES JOURNAUX

Crise laryngée dans l'ataxie locomotrice avec lésion des cordes vocales inférieures, par M. J. GAREL. — Le début de l'ataxie remonte à l'année 1856, mais à la suite d'un traitement convenable, les symptômes tabétiques disparurent. Il y a trois ans survint une première crise laryngée. Depuis cette époque, elles se sont souvent répétées et deviennent plus intenses, en même temps qu'on observe le retour des phénomènes habituels de l'ataxie : paralysie du moteur oculaire commun, troubles oculaires, hémiplégie faciale droite, etc., etc. La crise laryngée est annoncée par des picotements, une constriction, la toux et quelques mouvements spasmodiques du larynx. Ces accès sont fréquents pendant la nuit. Les cordes vocales inférieures sont rouges dans leur quart antérieur au niveau de la commissure antérieure renflées à leur partie postérieure et ce gonflement est dû à une inflammation chronique. L'emploi du bromure de potassium (6 à 8 grammes par jour) procure une diminution de ces crises en nombre et en intensité (*Lyon Médical*, p. 16, 7 janvier 1883). Ce malade avait eu la syphilis et avait été en traitement pendant trois mois à l'Antiquaille. Les accès nocturnes et la localisation des paralysies ne donnent-elles pas lieu de penser que cette ataxie est syphilitique. Le traitement mixte a été préconisé par M. Fournier dans des cas semblables.

De la diète lactée dans la maladie de la Graves, par M. le docteur SCHNAUBERT. — Ces résultats confirment les succès signalés dernièrement par le docteur Catharnia Schumova ; aussi, chez un des malades, le traitement produisit une amélioration remarquable dans l'espace de trois

semaines. Etant sorti alors de l'hôpital, il éprouva bientôt de nouveaux accidents, mais l'emploi du même régime les fit cesser. Quelque temps après, le malade ayant succombé, on constata à l'autopsie une hyperplasie du ganglion cervical du sympathique, de la pigmentation des racines des nerfs cervicaux et de l'hypérémie cérébro-spinale. (*Egène deln. Klin. Gaz.*, 1882, n° 13, et *The London med. Record*, 15 février 1883.) — C. E.

FORMULAIRE

Pilules contre la chloro-anémie. — H. Huchard.

Tartrate ferrico-potassique.	5 grammes.
Ext. de quinquina, ext. de rhubarbe, *ãã*.	2 gr 50 centigr.
Extrait de noix vomique . . . . de	0 gr 12 à 0 gr 25 centigr.
Glycérine et essence d'anis, *ãã*.	q. s.

Pour 50 pilules. — Deux pilules à chaque repas, dans la chloro-anémie avec anorexie et tendance à la constipation. — N. G.

COURRIER

Lundi prochain aura lieu, à l'Académie des sciences, l'élection d'un membre titulaire de la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. le professeur Sédillot. Dans la dernière séance, après une vive discussion, la section a arrêté la liste comme il suit :

En première ligne, *ex æquo* : MM. les professeurs Richet et Brown-Séquard. — En deuxième igne, *ex æquo* : M. le professeur Sappey, MM. Jules Guérin et Alphonse Guérin, membres de l'Académie de médecine.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. de Girard, agrégé, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, du cours auxiliaire de chimie médicale.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Caussanel, ancient suppléant, est rappelé à l'exercice jusqu'au prochain concours, en qualité de suppléant des chaires de médecine.

Faculté de médecine de Caen. — M. le professeur Bourienne est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de l'Ecole.

M. Delouey, professeur adjoint, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Bouvier, transféré, sur sa demande, dans la chaire d'accouchements vacante par suite de l'admission à la retraite de M. Le Roy de Langevinière,

Concours. — La Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse avait mis au concours la question : « Comment meurent les goutteux ? » Elle vient de décerner une première médaille d'or à M. le docteur Alphonse Sordes (de Tarare) ; et une seconde médaille d'or à M. le docteur Caradec fils, professeur à l'Ecole de médecine de Brest.

Les deux lauréats ont, en outre, été proclamés membres correspondants de la Société.

— Nous apprenons avec plaisir que, dans sa séance du 8 avril 1883, l'Académie royale de médecine de Rome a nommé membre correspondant notre collègue, M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Maladies des yeux. — M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie à l'École pratique (amphithéâtre n° 3) le vendredi 18 courant, à 8 heures du soir, et le continuera le lundi et vendredi suivants, à la même heure.

Objet du cours : *De l'ophthalmologie au point de vue de la pratique journalière.*

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

SUR LE

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1)

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ),

Par le docteur G. RICHELOT père,

Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

OBSERVATION VIII. — Trois enfants à terme et trois fausses-couches. Signes rationnels de *Phlegmatia alba dolens* à la suite du troisième accouchement. Sentiment de faiblesse et de malaise indéfinissables environ quatre ans après cet accouchement. Rétroversion de l'utérus augmenté de volume et douloureux à la pression directe; engorgement énorme du col. Inutilité d'un traitement général et local émollient et calmant. Guérison de l'engorgement et reconstruction du museau de tanche au moyen des cautérisations avec le caustique Filhos, secondées par un traitement interne tonique.

Madame H..., 27 ans, mince et délicate de formes, anémique, a été sujette à des palpitations, à des étouffements et à des douleurs au niveau du creux épigastrique. A la suite d'une variole, dont elle a été atteinte à l'âge de 19 ans et dont elle porte les traces, elle est restée notablement plus faible qu'auparavant. Elle a eu trois enfants à terme et trois fausses-couches, dont la première a eu lieu avant le premier accouchement, et les deux autres entre la première et la deuxième grossesse. Pendant cette dernière, le sang paraissait à la vulve dès que la malade quittait la position horizontale. La troisième grossesse a été normale. Lorsque Madame H... m'a consulté pour la première fois, à la fin du mois de juin 1850, son dernier enfant avait un peu plus de quatre ans. Elle s'était bien remise de son dernier accouchement, qui avait été peu long, naturel comme les deux autres, mais qui avait été rendu douloureux par des crampes violentes dans les membres inférieurs, surtout à droite, et avait laissé à sa suite une souffrance assez vive dans la jambe de ce côté et même dans le pied, sur la région latérale duquel il s'était formé une *grosseur*, suivant l'expression de la malade.

Etat de la malade à la fin du mois de juin 1850. — Depuis quatre ou cinq mois, Madame H... s'aperçoit que dans les intervalles de ses époques elle rend du sang par le vagin. Ce sang n'est pas abondant; il n'est pas pur; il est évacué surtout dans les efforts, dans l'acte de la défécation.

Elle n'accuse aucune douleur spontanée, ni dans la région lombo-sacrée, ni dans aucun point de l'abdomen. Mais si l'on appuie l'extrémité des doigts dans le pli de la fesse droite, on détermine localement une douleur aiguë, qui irradie dans le côté correspondant du ventre, où elle se fait sentir vivement, et jusque dans la cuisse. Si, lorsque la malade est debout dans son appartement, ses enfants en courant viennent heurter contre ce point, ils produisent une douleur assez intense pour amener un commencement de syncope. Aussi redoute-t-elle leur passage et leurs jeux derrière elle. Rien de semblable du côté gauche, bien que la pression dans le pli de la fesse de ce côté ne soit pas complètement indolente.

Le coït n'est jamais douloureux. La malade a rarement des flueurs blanches. Elle en a à peine depuis qu'elle éprouve les symptômes qui viennent d'être indiqués.

La santé générale n'est pas mauvaise; il y a de la constipation; mais à cela près, les digestions se font bien. Toutefois, il y a parfois des étourdissements, surtout sous l'influence de la chaleur. Depuis une dizaine d'années, la malade est sujette à de fréquents maux de tête. Ce qui domine en ce moment, dans l'état général, c'est un sentiment de faiblesse et de malaise

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 avril.

indéfinissable. De plus, les anciennes palpitations, qui avaient cessé pendant quelques années, sont revenues depuis le commencement des hémorrhagies utérines.

Depuis la même époque, Madame H... s'aperçoit que son caractère est changé, qu'il est devenu extrêmement irritable. Ses enfants, dont elle aimait à voir les jeux, même avec leurs petits camarades, elle ne peut plus les supporter. C'est un état d'agacement continuel. Après une promenade, même modérée, sans éprouver le besoin d'aliments, sans avoir ce qu'on appelle vulgairement *mal à l'estomac*, elle éprouve une sensation pénible vers la base du sternum, comme si elle allait se trouver mal. Ce phénomène est toujours passager.

D'ailleurs, jamais de fièvre. Les époques menstruelles n'ont pas éprouvé de trouble notable.

Première prescription. — Purgation, bains, injections avec une décoction de guimauve et de pavot, cataplasmes émollients sur le ventre, repos.

Le 9 août. — Après six semaines environ de ce traitement, les étourdissements étaient moins fréquents, le sommeil bon, les hémorrhagies utérines nulles. Mais l'état de malaise général, quoique très variable dans ses manifestations et non continu, existait toujours au même degré. Cette circonstance décida la malade à venir se soumettre à une exploration qu'elle n'avait pas cru d'abord nécessaire.

Examen. — Le corps de la matrice était en rétroversion modérée; son volume était augmenté d'une manière notable; sa face postérieure était sensible à la pression. Le col, porté un peu en avant, très bas dans le vagin, et fortement dévié à gauche, était énorme et induré; ses lèvres durcies, non fendillées, étaient renversées en dehors de l'orifice, surtout la postérieure. Le bout du doigt explorateur pénétrait facilement dans l'orifice dilaté, dont tout le pourtour était d'une consistance anormale. La pression exercée sur le museau de tanche n'était pas, à proprement parler, douloureuse; cependant, elle faisait percevoir à la malade, dans le côté droit du ventre, siège de la douleur indiquée tout à l'heure, une sensation pénible. Au spéculum, la lèvre antérieure du col faisait une saillie en avant beaucoup plus considérable que la lèvre postérieure, ce qui provenait de ce que cette dernière, qui paraissait tout aussi volumineuse au toucher, était très fortement renversée en arrière. Le col était lisse. Il n'y avait de rougeur inflammatoire ni dans le fond du vagin, ni sur la portion vaginale du col. Seulement, le pourtour de l'orifice cervico-utérin était rougeâtre, d'une nuance tirant sur la couleur lie de vin. Pas de sécrétion apparente sur le museau de tanche, ni dans la cavité du col. Une boulette de coton portée sur l'orifice pour l'essuyer revint tachée de sang. L'orifice était dilaté transversalement.

Ce ne fut qu'une douzaine de jours après cette exploration qu'un traitement actif fut commencé.

Le 21 août. — Rien n'étant changé, soit dans l'état général, soit dans l'état local, la malade se décide enfin, et une première cautérisation est pratiquée avec le caustique Filhos. Le caustique est appliqué en plein sur l'orifice du museau de tanche, et y est maintenu pendant plusieurs minutes, de manière à produire une eschare profonde. De plus, pilules au tartrate ferrico-potassique de Mialhe. Injections d'eau fraîche matin et soir.

4 septembre. — La cautérisation a été suivie de douleurs modérées dans la région lombaire pendant trois ou quatre jours, et d'un écoulement jaunâtre et épais qui a duré une semaine. Puis la faiblesse générale a diminué. La malade marche mieux; la douleur déterminée par la pression des doigts dans le pli de la fesse droite est beaucoup moins vive; l'appétit est meilleur; les garde-robes sont naturelles; palpitations nulles. Mais le mal de tête habituel se fait toujours sentir, et le caractère conserve encore, en grande partie, son irritabilité. Au toucher, le col est toujours abaissé, très volumineux, mais moins dévié à gauche. La lèvre postérieure a perdu sensiblement de son volume anormal; la lèvre antérieure n'a diminué que dans sa moitié gauche; sa moitié droite fait une saillie considérable. Le col n'est pas douloureux au toucher. Le spéculum permet de voir la surface cautérisée, inégale, rouge, granuleuse, légèrement saignante quand on l'essuie avec une boulette de coton. — Deuxième cautérisation avec le caustique Filhos, aussi énergique que la première, mais seulement sur la portion saillante de la lèvre antérieure. Même préparation ferrugineuse. Mêmes injections.

Le 16 octobre. — Depuis la deuxième cautérisation, il s'est passé environ six semaines, pendant lesquelles la malade a vécu à la campagne. Deux époques menstruelles ont eu lieu; elles ont été normales. A la suite de la cautérisation, il y a eu des douleurs très vives dans la région lombaire pendant quinze jours. L'écoulement provenant du col s'est produit comme après la première application, mais a duré seulement trois ou quatre jours. La malade accuse des maux de tête violents et une constipation opiniâtre. Cependant, tous les autres symptômes vont s'amendant. La douleur du pli de la fesse droite n'existe presque plus. Le col utérin est manifestement moins bas, moins volumineux; mais le y doigt pénètre encore largement. Sa coloration est à peu près normale, excepté à l'orifice, d'où s'échappe un mucus glaireux

abondant. Le pourtour de cet orifice est plissé comme si le tissu des deux lèvres tendait à revenir sur lui-même. — Troisième cautérisation appliquée sur tout le pourtour du col. Même préparation ferrugineuse. Mêmes injections. De plus, bains, purgation.

Le 13 novembre. — A la suite de la troisième cautérisation, quelques douleurs lancinantes, passagères, à la partie interne des cuisses. Après la purgation, le mal de tête a beaucoup diminué. Le 13 novembre, quelques jours après l'époque menstruelle, qui a été normale, l'état de la malade est le suivant : développement de l'appétit; digestions bonnes; constipation moindre: amélioration des forces générales, notamment pour marcher; palpitations nulles. La douleur à la pression dans le pli de la fesse existe encore à un certain degré. Le col ultérin est toujours abaissé et volumineux, mais son volume anormal dépend maintenant entièrement de la lèvre antérieure, qui contourne l'orifice à la manière d'un croissant très saillant à sa partie moyenne. La lèvre postérieure paraît entièrement effacée. Il résulte de là que le museau de tanche est plus arrondi, et que son orifice, dans lequel on introduit encore facilement l'extrémité du doigt indicateur, a moins d'étendue tranversalement. En réalité, il commence à prendre un aspect plus naturel. Il est redevenu lisse; son orifice est rouge et laisse passer quelques glaires.

Même traitement. Le caustique Filhos est appliqué exclusivement sur la partie moyenne et saillante de la lèvre antérieure; et le 22 du même mois, la plaie résultant de la chute de l'eschare est cautérisée de la même manière. Cette cinquième cautérisation, pratiquée sur un tissu au vif, a été suivie de douleurs lombaires, d'élancements dans le bas-ventre, et d'une recrudescence de la douleur du pli de la fesse; et si la malade s'asseyait un peu brusquement, elle éprouvait une douleur vers le col du la matrice. Mais ces accidents n'ont duré qu'un petit nombre de jours, et n'ont exigé qu'un peu de repos.

Le 6 décembre. — L'état général est de plus en plus satisfaisant. La lèvre antérieure du museau de tanche est encore volumineuse, renversée, mais de consistance plus souple et plus naturelle. Les traces de la dernière cautérisation sont encore vives, ce qui fait ajourner une nouvelle opération. — Préparations ferrugineuses; bains; injections; sirop d'ergotine; distractions; promenades.

Le 8 janvier 1851. — Tous les symptômes généraux et locaux disparaissent ou s'amendent considérablement. L'utérus a diminué de volume; le museau de tanche reprend rapidement une forme normale. La lèvre antérieure étant encore très saillante, une cautérisation avec le caustique Filhos y est pratiquée.

Je n'ai revu ensuite Mme H... que le 4 juillet suivant. Elle n'accussait alors que de la céphalalgie, qui lui était revenue depuis les grandes chaleurs. Du côté de la matrice, on constatait seulement un peu de tuméfaction et d'induration dans la portion gauche du col. A cela près, tout, dans la santé générale et dans la santé locale, paraissait normal. Une septième et dernière cautérisation avec le caustique Filhos fut faite sur le point qui vient d'être indiqué.

Dans le courant de l'hiver suivant, Mme H... s'est soumise à une dernière exploration. Ni par le toucher, ni au spéculum, on ne retrouvait la moindre trace de la maladie utérine. Le museau de tanche présentait même, et c'est un fait qu'on ne saurait trop signaler, les conditions anatomiques de celui d'une femme qui n'a jamais eu d'enfants. Elle jouissait d'ailleurs d'une bonne santé, à part sa disposition anémique, qui ne s'est jamais complètement guérie.

Remarque. — Cette observation, comme celles qui la précèdent et celles qui la suivent, renferme quelques détails qui peuvent être offerts comme une utile contribution à l'étude pathologique de l'engorgement utérin. Ici, par exemple, il importe de tenir compte de l'anémie constitutionnelle et de la débilité laissée par la variole, pour expliquer cet engorgement atonique, plutôt passif qu'inflammatoire, qui a dû se faire lentement. Il faut aussi remarquer l'influence de l'état local sur le système nerveux et sur le caractère de la malade. Il n'est pas moins intéressant d'observer le retentissement de la pression et des cautérisations du col sur les régions qui étaient le siège des douleurs sympathiques, dont la cause se trouve ainsi clairement dévoilée.

Mais ce qui nous importe surtout dans ce fait, ce sont les effets prompts et remarquables de ces cautérisations. Elles ont produit un écoulement abondant et caractéristique, qui a été suivi du dégorgement et de la diminution de volume de l'organe utérin; comme conséquence de cette transformation médicatrice, elles ont rétabli toutes les fonctions; et, ce qui est très digne d'attention, elles ont façonné

et refait le museau de tanche, de manière à lui rendre complètement la forme qu'il a normalement chez une femme qui n'aurait point eu d'enfants.

A suivre.

CLINIQUE MÉDICALE

LE CONVALLARIA MAIALIS A LILLE ET A BORDEAUX,

Par le docteur Ch. TALAMON, chef de clinique de l'Hôtel-Dieu.

M. Desplats, professeur à la Faculté de Lille, et M. Durieux, ancien interne des asiles d'aliénés de la Gironde, ont publié récemment chacun une étude sur les effets thérapeutiques du muguet. Il n'est pas possible d'arriver à des conclusions plus diamétralement opposées. Pour M. Desplats, le maïalis est un médicament cardiaque qui se place à côté de la digitale ; pour M. Durieux, c'est un poison du cœur qui doit être banni de la thérapeutique. Comment le muguet, remède en deçà de la Gironde, est-il devenu poison au delà? Le muguet de Lille diffère-t-il donc à ce point du muguet de Bordeaux ? Ou bien devons-nous chercher à une pareille divergence d'action et d'interprétation des causes extrinsèques à la plante ? Nous penchons pour les causes extrinsèques.

M. Desplats, observateur consciencieux, a donné le maïalis aux doses voulues ; il a prescrit l'extrait de muguet, comme le recommandait M. G. Sée, et non les teintures ou l'infusion de fleurs, et, dans ces conditions, il a obtenu les mêmes effets que M. Sée. Nous citerons la première de ses observations, qui est un remarquable exemple de l'action du convallaria.

Insuffisance mitrale. Arythmie. — E. B., 76 ans, ménagère. Gêne de la respiration depuis quelques années. Depuis le mois d'avril, elle tousse, a de la dyspnée, de l'œdème des extrémités et est incapable de tout travail. Œdème considérable des membres inférieurs et de l'abdomen. Ascite. Dilatation bilatérale des jugulaires. Râles crépitants et sous-crépitants aux deux bases.

Pouls petit et irrégulier. Urine rare, décolorée, avec dépôt abondant. Souffle systolique à la pointe perçu dans toute la région précordiale.

28 août. Une garde-robe en 24 heures; à peine 100 grammes d'urine depuis hier. Pas de modification dans les autres symptômes. 1 gramme de convallaria.

29. 250 grammes d'urine.

30. 1,100 grammes d'urine.

31. 3,500 grammes d'urine. L'œdème disparaît. Pouls 88, un peu irrégulier. Quelques intermittences. Respiration normale.

1er septembre. Pouls sensiblement plus lent, irrégulier. L'œdème des membres a notablement diminué. 2,800 grammes d'urine. 2 garde-robes.

2. 3,500 grammes d'urine; deux selles. Pouls de plus en plus régulier.

3. 1,800 grammes d'urine; une selle. Pouls à 70. Il ne reste presque plus trace d'œdème.

4. 1,600 grammes d'urine. Accès de céphalalgie pendant la nuit. On supprime le convallaria.

5. La malade se lève. Deux litres d'urine.

6. Deux litres d'urine.

7. Deux litres d'urine. État moins satisfaisant.

8. 1,400 grammes d'urine ; une selle.

9. 1,400 grammes d'urine. Encore arythmie.

12. L'œdème reparaît; un litre d'urine. On reprend le convallaria pendant deux jours.

15. Les urines ont augmenté et l'œdème malléolaire a disparu.

26. Depuis deux à trois jours la malade se sent moins bien; 200 grammes d'urine, légèrement albumineuse; 1 gramme de convallaria.

27. 250 grammes d'urine.

28. 300 grammes d'urine.

29. 2,000 grammes d'urine. Amélioration. A partir de ce jour, le bien être se maintient, et le 12 octobre aucun trouble circulatoire n'a reparu.

On voit dans cette observation, comme dans les faits publiés par M. G. Sée dans

le Bulletin de l'Académie de médecine, que l'extrait de muguet à la dose de 1 gramme fait monter en quelques jours le taux des urines de, 100 et 200 grammes dans les 24 heures à 2 et 3 litres, en même temps que le cœur reprend de la force, que l'œdème disparaît, que les stases viscérales se dissipent. Les effets sont donc identiques à ceux de la digitale. Nous n'insisterons pas sur les quatre autres observations de M. Desplats, qui sont analogues à la première, et qui confirment d'une manière indiscutable les conclusions posées par M. le professeur Sée dans sa communication à l'Académie.

Avec M. Durieux, de Bordeaux, la scène change. M. Durieux ne se contente pas d'observer; son but est « de confirmer et de fortifier les grandes découvertes et de détruire les erreurs séduisantes »; but philosophique et digne à coup sûr des meilleurs esprits. Ce n'est pas tout; M. Durieux veut prouver « qu'en province, les faits médicaux actuels sont l'objet d'études approfondies, et que la lumière en matière médicale ne vient pas toujours et forcément de la capitale. » Voyons donc comment s'y prend M. Durieux pour atteindre ce double but.

Il commence par déclarer sans ambages que les observations publiées par M. G. Sée lui paraissent manquer des caractères de rigueur qui constituent la qualité essentielle de toute observation. Qu'on nous permette ici une remarque : s'il reste acquis que nous ne savons pas à Paris recueillir les observations, il faut avouer qu'à Bordeaux on a une singulière façon de les interprêter. Voici, par exemple, l'observation VI du Mémoire de M. G. Sée. Il s'agit d'une femme atteinte de rétrécissement mitral avec asystolie. L'observation dit ceci :

« La malade prend 50 centigrammes d'extrait de maïalis (plante entière); l'effet est à peu près nul.

Le 7 juin, 1 gramme d'extrait de maïalis; les urines montent à 1,500 gram. en 24 heures. L'œdème des jambes disparaît en deux jours; l'ascite diminue; respiration plus facile.

Le 13 juin, 1 gramme d'extrait de maïalis (feuilles); les urines descendent à 800 grammes.

Le 22 juin, on donne 1 gramme 50 d'extrait de feuilles de maïalis.

Le 23. 600 grammes d'urine.

Le 24. 2,200 grammes.

Le 25. 2,400 grammes.

Le 26. 3,000 grammes.

Le 27. 2,000 grammes. Toute trace d'œdème et d'ascite a disparu.

La conclusion à tirer de cette observation est évidente. Elle est destinée à montrer que 50 centigrammes et 1 gramme d'extrait de maïalis, plante entière ou feuilles, ne suffisent pas à déterminer l'effet attendu, et qu'il faut alors porter la dose jusqu'à 1 gramme 50. C'est ainsi du moins qu'on raisonne à Paris. En province, ce n'est plus cela du tout, et M. Durieux, avec un aplomb imperturbable, écrit que « cette observation est particulièrement intéressante en ce qu'elle démontre qu'après l'administration de la plante entière, les effets sont nuls; et après l'extrait de maïalis, la diurèse ne se fait plus ! »

Examinons maintenant les trente observations personnelles de M. Durieux. Sur ces trente observations, nous en éliminons d'emblée quatorze qui n'ont rien à voir avec l'action du muguet dans les affections cardiaques. M. Durieux donne l'extrait de maïalis dans l'ictère, la pneumonie, la cirrhose, la néphrite scarlatineuse, la fièvre typhoïde, la tuberculose pulmonaire, la tuberculose osseuse, etc., etc. Quel effet en attend-il dans de pareilles maladies ? M. G. Sée a-t-il donc donné le muguet comme la panacée universelle?

Restent seize observations d'affections cardiaques traitées par le maïalis. Sur ce nombre, nous en trouvons quatre, où M. Durieux est obligé de constater que les malades sont sortis améliorés. Dans ces cas, le maïalis a été donné aux doses voulues et pendant le temps nécessaire. Sur les douze autres cas, deux manquant totalement de détails ne peuvent être discutés. Dans quatre autres, le maïalis a été donné, pour ainsi dire, *in articulo mortis*, trois et quatre fois avant la nuit, la situation ne permettait évidemment aucun espoir. Dans les six autres observations, le

muguet a été administré presque toujours sous forme de teinture, et seulement pendant deux, quatre, cinq et six jours.

Et voilà comment M. Durieux approfondit l'étude des faits médicaux actuels, pour employer son expression; voilà comment il projette la lumière départementale sur les erreurs séduisantes de la capitale. Mais avec de semblables procédés, nous nous chargeons de démontrer, avec la plus grande aisance, que la digitale est une drogue abominable, incapable de la moindre action utile sur le cœur. M. Durieux conclut de douze observations, où le médicament a été prescrit d'une façon maladroite ou intempestive, à doses insuffisantes et avec des préparations inactives, que le muguet doit être banni de la thérapeutique des maladies du cœur. Nous pourrions bien citer cinquante observations où la digitale, même donnée aux doses nécessaires, est restée complètement impuissante. Il n'a qu'à relire ses propres Observations I, XII, XVII, XIX, XXI, XXX, il verra que la digitale, dans ces cas, n'a pas mieux réussi que le muguet.

Cette impuissance, maintes fois constatée, empêchera-t-elle ce médicament d'être un remède de premier ordre? Quelqu'un devrait-il en conclure que la digitale doit être bannie de la thérapeutique ? C'est que nul n'ignore qu'il arrive un moment dans l'évolution des affections cardiaques, où toute médecine est vaine, où le cœur épuisé ne répond plus à aucune action médicatrice. Ce n'est évidemment pas ce moment qu'il faut choisir pour faire l'épreuve d'un agent thérapeutique. M. Durieux paraît ignorer ces détails, qui ont pourtant une certaine importance. Peut-être ses études antérieures ne l'avaient-elles pas suffisamment préparé aux difficultés de la pathologie cardiaque. Peut-être eût-il pu trouver dans les asiles d'aliénés de la Gironde un sujet de thèse mieux en rapport avec ses travaux habituels.

Ajoutons que, si M. Durieux refuse sa confiance au muguet, il daigne la maintenir à la digitale. Il nous apprend, en effet, en terminant, que « la digitale est vraiment digne d'être regardée comme un tonique ou quinquina du cœur. » Il nous engage vivement à nous en servir, nous assurant que « nous assisterons presque toujours à une sorte de résurrection », ou que du moins « nous aurons la consolation de détourner pour quelques temps le coup qui menace les infortunés malades. » A la bonne heure, voilà une vraie découverte, bien et dûment confirmée, qui fait le plus grand honneur au jugement de M. Durieux. Que ne s'en est-il tenu à d'aussi saines appréciations ?

CLINIQUE CHIRURGICALE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA LITHOTRITIE RAPIDE PRATIQUÉE SUIVANT LA MÉTHODE DU DOCTEUR BIGELOW;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 décembre 1882,

Par le docteur Delefosse.

La lithotritie, telle qu'elle a existé jusqu'à ce jour, et que l'on peut, avec juste raison, qualifier de lithotritie *française*, car elle a été surtout étudiée et développée par des chirurgiens français, la lithotritie actuelle, dis-je, est établie sur des bases solides, fruit du travail de deux ou trois générations, qui ont apporté chacune leur pierre à l'édifice. Cette méthode de traitement des calculeux n'est arrivée à cette stabilité qu'après plus d'un demi-siècle. Elle eut d'abord, comme beaucoup de méthodes opératoires, sa période de tâtonnement, d'essais, de discussions très vives; puis la lumière se fit et la lithotritie, acceptée par les chirurgiens, devint une opération classique.

Lorsque Civiale pratiqua sa première séance de broiement avec le trilabe en 1824, la lithotritie n'avait aucune direction et ne pouvait en avoir; aussi les insuccès furent-ils très fréquents pendant les années qui suivirent cet essai de broiement; d'abord les chirurgiens n'étaient pas exercés au maniement de l'instrument et ils ne purent acquérir de l'expérience que sur les malades eux-mêmes; puis la conduite de l'opération était livrée à l'inspiration de chaque opérateur; on pourrait presque dire à sa fantaisie; des chirurgiens tels que Dupuytren, Brodie, Civiale, crurent obtenir de bons résultats en prolongeant la durée des séances;

d'autres pensèrent arriver au même but en administrant à leurs malades des doses élevées d'opium; dès le début, il y avait tendance à la lithotritie prolongée. Les instruments subirent de nombreuses et radicales modifications, et même changèrent complètement de forme; au trilabe de Civiale succéda le lithotriteur courbe d'Heurteloup.

Ce n'est que vers 1845 que la lithotritie est établie, dans son ensemble, sur des bases sérieuses et définies; le manuel opératoire est ce qu'il sera de nos jours, les instruments de même forme générale. Il était tout naturel d'ailleurs que certains principes acceptés comme vrais il y a cinquante ans fussent acceptés au même titre par la génération actuelle : ce sont ceux qui reposent sur des états physiologiques et pathologiques toujours identiques du moment qu'ils ne sont pas modifiés par un agent quelconque. Ainsi, la courte durée des séances préconisée par Civiale depuis 1845 devait être forcément mise en pratique par ses successeurs, puisque cette courte durée des séances était imposée précisément par un état général de la vessie inhérente à l'organisme, la contractilité et l'irritabilité occasionnées par le contact d'un corps étranger. Cette loi devait être scrupuleusement observée tant qu'un agent spécial ne viendrait pas modifier ou supprimer cette contractilité et cette irritabilité.

Le docteur Bigelow est donc dans l'erreur quand il écrit que, « jusqu'à présent, la durée d'une séance dépendait de l'habileté du chirurgien ». Evidemment cette habileté peut jouer un rôle, mais n'est pas le facteur principal, puisque les meilleurs opérateurs ont toujours recommandé les séances très courtes, l'opéré étant dans l'état de veille.

Il est incontestable qu'une vessie saine, et à plus forte raison une vessie irritable, supporteront plus facilement la présence d'un bec de lithotriteur conduit par une main exercée que celle d'un bec manié par une main peu habituée à ce genre d'opération; mais, même avec une très grande dextérité manuelle, la séance n'en doit pas moins être d'une courte durée à l'état de veille, car il y a une limite de tolérance que la vessie ne peut dépasser.

Les changements faits par les chirurgiens de notre génération à la lithotritie ont surtout porté sur la forme des mors des instruments, sur quelques détails relatifs au traitement consécutif à l'opération. Ainsi, les bains préconisés par Civiale après les séances ont été, avec juste raison, complètement abandonnés, et enfin sur la manière de faciliter l'évacuation des graviers.

L'introduction du chloroforme dans l'opération de la lithotritie, il y a quelques années, avait laissé les chirurgiens un peu froids. On essaya l'anesthésie surtout chez les enfants, et les résultats furent très contestables. Ce qui ne veut pas dire que, dans certaines circonstances, les malades ne fussent pas soumis, dans ces derniers temps, à l'inhalation de l'agent anesthésique; mais enfin ce n'était pas la pratique courante.

Tel était l'état de la lithotritie dans son ensemble lorsque, en 1875, M. Bigelow, professeur de chirurgie à l'Université de Harvard, publia les résultats qu'il avait obtenus en opérant les malades, par le broiement, sous l'influence du chloroforme. Les succès qu'obtint M. Bigelow l'amenèrent à considérer l'emploi du chloroforme comme la règle, au lieu d'être l'exception quand on doit opérer un calculeux par la lithotritie.

De nombreux adhérents, surtout en Amérique et en Angleterre, vinrent immédiatement se grouper autour de cette méthode que son inventeur décora du nom de *lithotritie moderne*. En France, terre classique de la lithotritie, on fut moins enthousiasmé; les chirurgiens, tout en pratiquant le broiement aidé du chloroforme, d'après ces nouvelles idées, se tinrent sur la réserve; non pas qu'ils regardassent l'opération nouvelle comme mauvaise en elle-même, mais ils se mirent en garde contre les opinions émises par le chirurgien américain.

Pour tout opérateur qui sait combien la contractilité vésicale, l'irritabilité des organes urinaires jouent un grand rôle dans le succès de la lithotritie, il est évident que le chloroforme doit, dans certains cas, rendre de grands services en supprimant ces obstacles soit totalement, soit en partie; je dis soit en partie, car les travaux de MM. Guyon et Reliquet nous ont montré combien cette irritabilité vésicale peut persister malgré l'anesthésie; mais l'opérateur sait aussi qu'il y a d'autres données dans le problème à résoudre, données dont il faut tenir compte, et qu'accepter entièrement les idées radicales de M. Bigelow c'est entrer dans une voie dangereuse.

La nouvelle méthode pratiquée dans les conditions indiquées par le savant professeur américain me paraît devoir subir des modifications; c'est ce qui m'a engagé à examiner dans ce travail (aidé de l'expérience des autres et de la mienne) ce qu'il fallait accepter comme progrès réel et aussi ce qu'il fallait rejeter comme dangereux et pour le malade et pour le succès de la lithotritie rapide.

Dans toute opération, les éléments importants à étudier sont le manuel opératoire, les instruments employés, etc., enfin la marche à suivre pendant toute la durée de la maladie; pour la lithotritie, tous ces éléments sont aussi importants les uns que les autres et l'opéra-

teur doit être autant médecin que chirurgien : rien ne peut être laissé au hasard ; les plus petits détails doivent être observés avec les soins les plus méticuleux.

Je ne m'étendrai pas sur la lithotritie, telle qu'elle est pratiquée en France et même dans les autres pays depuis une vingtaine d'années ; tous les livres de chirurgie décrivent cette opération de la manière la plus complète ; je supposerai donc le broiement de la pierre, broiement que l'on peut appeler classique, parfaitement connu, et je m'occuperai surtout des principes sur lesquels repose la lithotritie rapide et des instruments employés dans cette opération.

« 1° La lithotritie *moderne* est basée sur la tolérance de la vessie, tolérance complètement en désaccord avec les croyances d'un demi-siècle ;

« 2° La vraie cause des accidents consécutifs à la lithotritie est le séjour dans la vessie de fragments qui la froissent et provoquent l'apparition de la cystite. »

Ces prémisses, qui sont les pierres angulaires de la méthode préconisée par M. Bigelow, ont pour conclusions :

1° On peut faire une longue opération dans la vessie sans irriter cette dernière, à condition que tous les fragments soient retirés dans la même séance ;

2° L'extraction d'un calcul vésical par l'urèthre est aujourd'hui surtout une question d'appareils, qui permettent de broyer la pierre et d'enlever les débris le plus promptement possible. (Bigelow, *Remarques sur la lithotritie moderne*, *Revue de chirurgie*, n° 4, 10 avril 1882, page 301.)

Examinons ces prémisses, rendons-nous compte si les accusations portées contre la lithotritie « ancienne » sont vraies, et, par conséquent, si les bases de la lithotritie « moderne » doivent être considérées comme des articles de foi.

Pendant un demi-siècle, aucun chirurgien, pas plus Civiale, qu'Heurteloup, qu'Amussat, que Caudmont, que les chirurgiens actuels enfin, n'a admis que l'on devait mettre l'intolérance vésicale seule en cause dans les cas d'insuccès avec la lithotritie : ils savaient que les fragments laissés dans la vessie avaient aussi leur part dans ces insuccès. Civiale a écrit, il y a déjà longtemps : « Les souffrances que quelques opérés attribuent au passage des fragments dans le canal, sont produits le plus souvent par des éclats accumulés au col ou dans la cavité de la vessie, qui provoquent de violentes contractions de l'organe..... Les éclats qui sont rendus vers la fin du traitement n'occasionnent pas de douleurs malgré leur volume. » Beaucoup de chirurgiens sont donc d'avis que les fragments au col de la vessie jouent un rôle, mais il ne leur attribuent pas une place aussi prépondérante que le veut M. Bigelow ; l'irritabilité vésicale, l'intolérance du réservoir urinaire était, avec juste raison, admise par les opérateurs ; et ce fut même cette irritabilité spéciale qui conduisit Civiale à ne faire que de courtes séances ; le passage de son ouvrage relatif à cette question mérite d'être cité *in extenso* : « Quand je faisais, dans les premiers temps de la lithotritie, des séances de vingt à vingt-cinq minutes, presque tous les opérés souffraient beaucoup : ils avaient des accès de fièvre qni duraient quelquefois plusieurs jours, ils maigrissaient ; dans certains cas, il fallait ajourner l'opération ou y renoncer. Ce fut l'expérience qui redressa ce qu'il y avait de défectueux dans ma pratique : j'avais observé que chez les malades extrêmement irritables, qui ne pouvaient supporter la manœuvre opératoire au delà de quelques minutes, le traitement se terminait heureusement, sans qu'il se produisît des phénomènes de violente réaction.

« Partant de ce fait d'observation clinique, je réduisis à cinq minutes la durée des séances dans tous les cas indistinctement, et j'eus sujet de m'applaudir de ce changement. »

La contractilité vésicale joue donc un très grand rôle dans une séance de broiement et lorsque le chloroforme n'était pas généralement employé, les chirurgiens ont eu raison d'être imbus des idées de Civiale sur cette contractilité qu'il faut, à l'état de veille, ménager à tout prix. C'est donc à tort, selon moi, que M. Bigelow a écrit que « la tolérance de la part de la vessie est complètement en désaccord avec les croyances d'un demi-siècle. »

Il résulte de ce que je viens d'établir, cette déduction qui me sera très utile dans le cours de la discussion : c'est que, si l'on doit attribuer une part considérable d'insuccès, dans le traitement par la lithotritie, à l'irritation produite par le séjour des fragments au col, on doit aussi admettre que cet insuccès peut-être dû à une autre cause : la contractilité vésicale inhérente à l'état nerveux de l'individu. Je puis déjà en tirer *a priori* cette conséquence que je développerai plus loin : il y a des cas où endormir le malade est complètement inutile et dans lesquels l'ancienne méthode est excellente.

Ce qui est un fait vrai et sur lequel on peut sûrement s'appuyer pour augmenter la durée des séances, c'est que le chloroforme supprime en partie ou en totalité cette irritabilité vésicale et, par conséquent, fait avancer d'un pas le manuel opératoire, en permettant de broyer plus de fragments en une seule séance.

J'insisterai encore sur un point d'une grande importance : M. Bigelow paraît admettre que

cette irritabilité du col vésical produite par les fragments est un accident commun. Tel n'est pas mon avis, et je dirai, au contraire, que ce phénomène morbide est plutôt l'exception que la règle. J'ai vu des malades, opérés par Caudmont, supporter huit et dix séances sans que les graviers irritent le col; j'ai opéré moi-même des calculeux qui n'ont ressenti aucune réaction fébrile, aucune douleur, quoique des fragments volumineux et rugueux restassent dans leur vessie après chaque séance; d'ailleurs, ce résultat est très fréquent pour les chirurgiens qui pratiquent ordinairement la lithotritie. Civiale disait que, dans la majorité des cas, les contractions vésicales sont assez modérées.

Les fragments de calcul n'étant pas aussi redoutables que le pense notre confrère américain, l'irritabilité pouvant ne pas exister, ou exister seulement à un léger degré, l'habileté de l'opérateur et la conduite de l'opération pouvant éviter de réveiller cette contractilité, j'ai le droit de dire qu'il se présente pas mal de cas où endormir le malade est inutile et même dangereux. J'explique de suite le mot dangereux : toutes les fois que l'on soumet un malade à l'influence du chloroforme, on augmente par le fait même de la chloroformisation les causes d'accidents généraux.

Ces cas où l'anesthésie est inutile sont ceux indiqués par tous les auteurs comme étant le véritable triomphe de la lithotritie : pierre de 1 ou 2 centimètres de diamètre, organes sains, ou du moins non déformés, convenablement préparés; point d'accidents; destruction du calcul en une ou deux séances; guérison prompte. Pourquoi, dans de telles conditions, endormir un malade? pourquoi l'exposer bénévolement à un accident mortel, ou tout au moins lui donner cet état nauséeux, désagréable qui reste après l'administration du chloroforme. Nous avons tous eu de ces malades qui possédaient un calcul de petite dimension, calcul que l'on broyait quelquefois séance tenante, tout en ayant l'intention, en introduisant le lithotriteur, de ne faire qu'une simple exploration.

Chez ces opérés, le séjour de l'instrument n'est pas suffisant pour amener une irritation vésicale; les fragments sont enlevés généralement dès la première séance; s'il reste de ces derniers, le repos au lit, les cataplasmes, les lavements laudanisés permettront amplement au calculeux d'attendre la deuxième et dernière séance.

Les conditions ne sont plus les mêmes quand la pierre dépasse 2 centimètres ou que l'on a affaire à ce que Civiale appelait des cas compliqués.

Le chloroforme peut-il et doit-il alors nous venir en aide? Nous avons vu que, jusqu'en 1875, la réponse était négative pour beaucoup de chirurgiens; actuellement, depuis les travaux de Bigelow, le chloroforme est appelé à rendre service et peut être employé.

Deux procédés se présentent au chirurgien qui endort son malade pour le soumettre à la lithotritie : le procédé américain, broyer, évacuer, enlever tout le calcul *en une seule séance* quelle que soit la longueur de cette séance; le procédé, que l'on peut jusqu'à présent appeler français : broyer, évacuer, enlever tout le calcul en plusieurs séances, dont la durée ne dépasse pas 20 à 30 minutes en moyenne.

Quel est le meilleur procédé? « La question est encore trop neuve, dit M. Le Dentu, pour que nous nous croyions autorisé à la trancher dans un sens ou dans l'autre. »

Je ne partage pas cette manière de voir : assurément, le temps, la pratique, l'expérience sont nécessaires pour être en droit de juger une opération nouvelle; mais il existe cependant des conditions spéciales qui permettent de se rendre compte, *à priori*, si l'opération est praticable, si les chances de réussite sont nombreuses, etc. Ce sont ces conditions que l'on peut discuter, sans attendre que la pratique ait fourni son appoint, sans même attacher une trop grande importance aux statistiques, alors que quelques résultats, au début, paraissent présager un succès inattaquable.

Les différentes statistiques publiées dans les journaux américains, anglais, allemands, tendent à prouver que le procédé américain est merveilleux. M. Keyes a dressé la statistique suivante pour toutes les opérations de lithotritie rapide pratiquées jusqu'à la date du 15 février 1880. J'y ai ajouté quelques autres chiffres parus depuis :

	Opérations.	Morts.
Bigelow	21	1
Thompson	79	2
Van Duren et Keyes...........	34	1
Cadge	5	0
Coulson	4	0
Curtis..........................	3	0
Weir	4	2
G. Buckston Brown	3	0
Thos. Smith	2	0

Wynkoop..................	2	1
Sands....................	2	0
Chirurgiens divers............	9	1
	168	8

(*La suite dans un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

Du développement du typhus exanthématique sous l'influence des eaux malsaines et d'une mauvaise alimentation, par le docteur S. Robinski. Paris, J.-B. Baillière; 1881.

Cet ouvrage est le résultat d'observations recueillies par l'auteur pendant une épidémie de typhus exanthématique dans la Prusse occidentale. L'édition allemande date de 1874.

Dans cette question, encore si obscure, de l'étiologie du typhus, on admet l'influence de l'eau malsaine, de la nourriture malsaine. Pour M. Robinski, cette influence ne cause pas directement la maladie ; il en est une autre plus importante, non seulement dans le typhus, mais aussi dans toutes les maladies contagieuses. Cette opinion résulte de l'étude attentive de cent cinquante cas de typhus exanthématique, observés surtout dans le village de Tylitz.

L'auteur avait remarqué avec étonnement que, localisé presque entièrement à Tylitz, le typhus y était très contagieux, tandis que, dans les environs, il n'en était rien ; les malades, envoyés du village dans les localités voisines, ne répandaient pas autour d'eux la contagion. De plus, les étrangers qui venaient à Tylitz en sortaient toujours bien portants. Voici l'explication du fait : les puits et la bonne eau abondaient dans les localités voisines, tandis que dans le village même on buvait l'eau impure d'un étang, la chaleur de l'été ayant desséché les quelques puits dont disposaient les habitants. En résumé, l'observation démontra que tous ceux qui ne buvaient pas de cette eau impure étaient épargnés par l'épidémie, quoiqu'ils fussent exposés à la contagion du typhus exanthématique, si dangereux à cette époque dans le village de Tylitz.

Maintenant, pour établir le véritable rôle que joue l'eau croupie dans le développement du typhus, l'auteur distingue, parmi les personnes restées bien portantes à Tylitz, deux catégories : 1° Celles qui, ayant bu l'eau, n'ont pas été exposées à la contagion ; 2° celles qui s'étaient exposées à la contagion, mais qui n'ont pas bu l'eau. Ceux qui avaient bu l'eau ne devenaient typhiques qu'après avoir été mis en contact avec les malades. De là résulte : 1° que, pour devenir malade, il fallait avoir bu de l'eau malsaine ; 2° qu'on le devenait seulement après s'être exposé à la contagion ; 3° que celui qui n'avait pas bu l'eau affrontait sans danger la contagion. Qu'on se représente l'élément infectieux du typhus comme un *contagium animatum* ou comme un processus chimique, il n'avait prise que sur les organismes préparé à son développement par l'usage de l'eau malsaine. L'eau ne produit donc pas directement, comme on l'a dit, le typhus exanthématique, mais elle crée seulement les conditions physiques ou chimiques nécessaires à sa formation.

Dans un second chapitre, plus étendu que le premier, M. Robinski établit, pour la nourriture malsaine, ce qu'il vient d'établir pour l'eau, à savoir qu'il entre dans l'organisation, avec les aliments corrompus, des substances qui peuvent rester longtemps inoffensives, mais nuisibles en ce qu'elles créent les conditions favorables au développement de la maladie par contagion. Reprenant l'histoire générale du typhus, il trouve dans toutes les épidémies, comme conditions étiologiques, l'influence de la mauvaise alimentation, et l'entrée des substances nuisibles qui servent de *base* indispensable à l'influence de la contagion. A ce fait dominant il ramène toutes les conditions d'âge, de sexe, de saisons, de professions, etc., et après avoir montré que, pendant les sièges de Paris et de Metz, les populations assiégées et les armées démoralisées étaient exemptes du typhus, qui régnait au contraire dans les armées victorieuses, il affirme que le typhus n'est pas une maladie qu'on peut faire naître à volonté, par un ensemble de conditions hygiéniques défavorables, mais qu'il provient toujours de la contagion d'un cas de typhus antérieur, et que dans les pays où il n'existe pas à l'état endémique, il est toujours la conséquence de l'importation.

N'y aurait-il pas un rapprochement à faire entre ces idées, résultant d'observations et de recherches très sérieuses, et l'opinion qu'émettait tout récemment à la tribune de l'Académie M. Fauvel, sur l'influence relative de la *cause spécifique* et des *causes banales* dans le développement de la fièvre typhoïde ?

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des journaux italiens.

La résorcine employée dans l'ozène, comparativement avec les autres médicaments vantés pour leur efficacité, leur serait de beaucoup supérieure, au dire de M. le docteur Origène Massi qui s'est servi avec avantage de cette substance en solution et en pommade dans les proportions habituelles. (*Archiv. ital. di laryngologia*, n° 2.)

— La résorcine a réussi également comme succédané du sulfate de quinine dans vingt cas de fièvres intermittentes. M. le docteur Ugo Bassi appelle l'attention des médecins sur ce sel qu'il a donné avec succès, pendant plusieurs jours, à la dose de 2 grammes. Si l'on considère le prix minime du nouveau médicament, on doit se réjouir de son entrée dans l'arsenal usuel de la thérapeutique. C'est le réel intérêt du travail de M. le docteur Ugo Bassi.

Obstruction intestinale suivie de mort; observation de M. le professeur Cesar Federici. — Ce cas est très curieux par la disposition anatomique de l'invagination. Une longue portion de l'iléus avait pénétré dans le cœcum; l'intestin en cet endroit était perforé. Au-dessus du sac formé par l'inclusion, la muqueuse était parsemée de nombreuses taches ecchymotiques et détruite complètement en plusieurs endroits. La malade avait toujours été réglée abondamment, mais à la dernière époque le flux menstruel s'était arrêté brusquement à la suite d'une émotion, et c'est à partir de ce moment que les premiers symptômes de l'obstruction se manifestèrent avec un caractère particulier, ne ressemblant pas à ceux que l'on observe ordinairement dans les cas semblables. M. le professeur Federici a cru pouvoir diagnostiquer, en outre de l'hystéralgie, un spasme intestinal hystérique par congestion utérine, suite de la suppression menstruelle. (*Rivista clinica*, n° 2.)

— Un charretier entre dans le service de M. le docteur H. Tossato pour se faire débarrasser d'un tœnia. Quelques doses d'extrait éthéré de fougère mâle eurent bientôt raison de l'helminte et d'un certain nombre de petits entozoaires que l'auteur pense n'avoir jamais été rencontrés dans l'organisme humain. Ces parasites présentent à l'œil nu un corps d'un centimètre gris-cendré, avec une petite tête armée de deux cornes rudimentaires; un thorax sphérique de 0,007 mill. de diamètre; un abdomen formé de 8 anneaux, se terminant par une pointe rigide dirigée en haut et en arrière; des poils d'un demi-centimètre existent en outre de chaque côté des anneaux. Le malade raconte avoir bu souvent de l'eau croupissante des fossés. Il est donc probable que c'est là qu'il a absorbé ces larves, que M. le professeur E. Perroncito range dans la catégorie non encore étudiée des *ditteri*. Il est regrettable qu'on n'ait pas tenté d'obtenir l'insecte parfait.

De la divulsion digitale du pylore. — M. le professeur Loreta, que les lauriers de Billroth empêchaient sans doute de dormir, a voulu, lui aussi, tenter quelque chose de radical contre les rétrécissements du pylore. Par deux fois l'éminent chirurgien a eu l'occasion d'employer un nouveau procédé pour vaincre cette affection. Les deux opérations ont pleinement réussi; ce qui est la meilleure sanction à obtenir d'une nouvelle méthode.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de 47 ans qui, à la suite d'un ulcère simple, a été atteint de rétrécissement du pylore; le malade était tombé dans le marasme et n'aurait pas tardé à succomber. M. le professeur Loreta s'entourant de toutes les précautions de la méthode de Lister, alla à la découverte de l'obstacle, introduisit le doigt dans l'estomac afin de se rendre compte de la nature du mal. Se servant alors de l'index des deux mains, l'opérateur les fit agir comme agents de divulsion en les écartant l'un de l'autre, après les voir peu à peu introduits dans le rétrécissement.

La seconde observation se rapporte à un jeune homme de 18 ans qui depuis huit ans souffrait de vomissements constants. Il y avait une sthénose pylorique qui fut guérie, comme dans le cas précédent, par la divulsion. Ces guérisons dureront-elles ? On peut l'espérer, car il y a déjà quelques mois que les malades sont sortis de l'hôpital et rien jusqu'ici n'a fait craindre une récidive. (*Annali universali di medicina e chirurgia*, janvier 1883.)

— L'opération de Porro exécutée jusqu'ici en Italie une quarantaine de fois, a réussi 15 fois et donné 25 insuccès.

Le 20 décembre dernier, M. le docteur A. Barsotti a fait cette opération à Lucques et n'a pu parvenir qu'à sauver l'enfant. (*Gaz. degli ospit. Noy.*)

— M. le docteur V. Colucci a lu à l'Académie des sciences de Bologne, dans la séance du 24 décembre dernier, un mémoire des plus intéressants sur les expériences qu'il a faites relativement à la régénération du foie.

— *Hématocèle traumatique extra-vaginale du cordon spermatique gauche.* — Etude clinique des plus intéressantes, par M. le docteur Dominique Pasini, de Saint-Marin. (*Il Raccoglitore*, 10 février 1883.)

— *De la phthisie caséeuse des reins*, étude de M. le docteur A. Borgherini in : *Gaz. med. ital. provincie Venete*, I.

Deux observations recueillies avec le plus grand soin permettent de suivre pas à pas l'évolution de cette forme si peu commune de la dégénérescence tuberculeuse du rein.

— Parmi les cas rares des maladies de l'intestin, M. le professeur de Giovanni donne, *in extenso*, dans le n° 3 de la *Gaz. ital. prov. Venete*, l'histoire d'un myxome du péritoine suivie d'autopsie et de l'analyse microscopique de la tumeur.

— Les *Notes cliniques d'obstétrique*, de M. le professeur Calderini renferment de nombreuses observations de la pratique hospitalière de ce maître, entre autres un cas de grossesse extra-utérine, un accouchement prématuré, une embryotomie, une opération césarienne, etc., et des considérations pleines de sens sur les parties principales de la dystocie.

M. le professeur Calderini nous fait connaître en même temps un travail sur les bassins asymétriques. Le premier fascicule de cet ouvrage traite des bassins asymétriques associés à des déviations de la colonne vertébrale. L'auteur a réuni un grand nombre de faits et a fait lithographier, dans deux tableaux, les types principaux de ces déformations.

Dr G. MILLOT-CARPENTIER.

Sur le sarcome primitif des reins, par NEUMANN. — Monographie assez étudiée à propos d'une observation personnelle de sarcome primitif du rein. L'espèce anatomique se rapporte généralement au sarcome fuso-cellulaire; on a observé aussi le myosarcome strio-cellulaire. Cette affection est presque spéciale à l'enfance; sur 18 cas, 14 ont trait à des enfants, de 7 mois à 8 ans; et sur 16 cas où le sexe est mentionné, 14 fois il s'agit du sexe féminin. Sur les 4 cas appartenant à un âge plus avancé, à 21, 35, 39 et 55 ans, le néoplasme s'était développé sur un rein flottant. Le plus souvent, un seul rein est atteint : le poids de la tumeur atteint 1, 2, 3, 4, 8, et même 10 livres. On en a retiré jusqu'à 3 litres de sérosité. Dans le cas de l'auteur, la tumeur était tellement développée que le corps émacié de l'enfant ne paraissait que comme un appendice de l'abdomen. On retrouve tout ou partie du tissu du rein englobé dans la tumeur. L'hématurie se rencontre dans 30 p. 100 des cas; l'albuminurie est très rare. Le diagnostic est toujours épineux. L'intervention n'est justifiée qu'au cas d'une tumeur unique, d'un pédicule développé et de la mobilité témoignant de l'absence d'adhérences. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 30e v., 1882, p. 377.)

De la déformation thoracique en entonnoir, par EBSTEIN. — Difformité rare, et dont les différents exemples, peu nombreux d'ailleurs (5 cas), n'avaient jamais été rassemblés. Il s'agit d'un enfoncement du sternum en infundibulum dont la base embrasse en outre les cartilages costaux, l'origine des fausses côtes et le creux épigastrique. Le sommet de cette pyramide rentrante correspond à la pointe du sternum, très raccourci, et souvent dévié dans son ensemble. Du fait de cet enfoncement, le diamètre antéro-postérieur de la poitrine est réduit de près de la moitié de sa longueur; mais les autres diamètres assument une élongation compensatrice. Aussi n'observe-t-on aucun des désordres organiques que ferait supposer, à première vue, une pareille malformation. Dans le cas d'Ebstein, le cœur battait à sa place et ses bruits avaient leurs caractères normaux, de même que la respiration. L'état général était très bon : des accès épileptiformes n'étaient à considérer que comme des épisodes sans relation pathogénique avec la déformation. On observe en même temps des anomalies dans les insertions costales, quelquefois des déviations du rachis. Lésion congénitale probablement. Une bonne photographie et plusieurs schémas éclairent la description d'Ebstein, et justifient le nom de *Trichterbrust* donné par lui à cette difformité rare. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 30e v., 1882, p. 411.)

De l'identité de l'atrophie jaune aiguë du foie et de l'hépatite de l'empoisonnement par le phosphore, par OSSIKORSKY, de Klausenburg. — Quelques auteurs tiennent depuis longtemps pour l'identité des deux lésions : les derniers opposants à cette opinion s'appuyaient sur ce fait, avancé par Schultzen et Riess, en 1870, que la leucine et la tyrosine, qui se trouvent dans l'urine au cas d'atrophie jaune aiguë, manquent toujours dans l'hépatite phosphorée. Cependant, dès 1868, Wyss avait rencontré de la leucine et de la tyrosine en abondance au septième jour d'un empoisonnement par le phosphore. L'auteur, en 1869, fit déjà semblable

observation. Fränkel, en 1878, constatait une assez grande quantité de tyrosine, au neuvième, dixième et onzième jour, mais sans trace de leucine.

Ossikorsky apporte deux nouvelles observations desquelles il résulte que la présence de ces deux corps est sous la dépendance de la date de l'observation. D'après ces nouveaux faits, ils apparaissent dans l'urine au sixième jour en moyenne, et pendant trois jours. Au neuvième jour, la leucine disparaît, et la tyrosine seulement au quatorzième et au quinzième jour. Cette production précède le stade atrophique de la lésion. (*Wien. med. Woch.*, 1881, n° 33-34.)

Tremblement du bras; guérison à la suite de l'élongation nerveuse, par AUERBACH. — A la suite d'une violente frayeur, une femme de 40 ans se plaignit de céphalée, de douleurs sourdes dans le bras droit, depuis le coude jusqu'à l'épaule, accompagnées d'un tremblement violent et incessant de ce membre, d'ailleurs affaibli. Après quelques mois, les douleurs s'étaient étendues au bras gauche et à l'épaule gauche. Divers traitements, l'électricité entre autres, n'avaient donné aucun résultat.

Auerbach pratiqua l'extension du médian et du cubital droits; la plaie chirurgicale était guérie au bout de huit jours; le tremblement, qui cessa pendant l'administration du chloroforme, ne reparut plus. De légers troubles de la sensibilité de l'avant-bras disparurent au bout de peu de jours.

Trois mois après l'opération, on n'observait plus qu'une très légère trémulation du bras droit, ne fatiguant en rien la malade. Ce membre gardait un peu de faiblesse. Les douleurs avaient depuis longtemps cessé dans le bras gauche. (*Deut. med. Wochen.*, 1882, n° 3.)

L'acétonémie dans le diabète sucré, ses causes, par JAENICKE. — D'après des observations très suivies sur 6 diabétiques, l'auteur conclut que la présence de l'éther éthyldiacétique dans les urines est le résultat d'une diète carnée exagérée. Ainsi l'odeur caractéristique de l'expiration, communiquée par l'acétone, coïncidait avec l'augmentation de la viande dans le régime; vingt-quatre heures, quarante-huit heures au plus tard après un changement de régime dans ce sens, la réaction au perchlorure de fer apparaissait dans l'urine; elle était de moins en moins accentuée à mesure qu'on diminuait la viande, disparaissant quarante-huit heures après l'établissement d'un régime mixte. Telle est la règle absolue pour tous les diabétiques de condition infime traités à l'hôpital. Du jour au lendemain une nourriture presque exclusivement animalisée remplace la maigre chère végétale des pauvres, pendant que la cessation de tout travail restreint les combustions qu'il faudrait activer. L'augmentation dans le sang des matières azotées excrémentitielles et les troubles gastro-intestinaux résultant d'un tel état de chose, aboutissent à la production de ce corps mal déterminé et hypothétique, l'éther éthyldiacétique, dont l'acétone est dérivé. Les recherches de l'auteur confirment absolument la toxicité de ce premier corps. (*Deutch Arch. f. klin. Med.*, 1882, 30e v., p. 108).

R. LONGUET.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Suite de la discussion sur la communication de M. Verneuil relative à l'influence du traumatisme sur les états morbides antérieurs ou propathies. — Rapport.

La discussion soulevée par la communication de M. Verneuil relative à l'influence du traumatisme sur les états morbides antérieurs ou propathies, interrompue par suite de l'absence de M. Verneuil, a été reprise dans cette séance où deux orateurs, MM. Berger et Richelot, se sont fait entendre. Voici le résumé de ces deux discours :

M. Berger dit qu'il ne s'agit pas en ce moment de discuter la question de l'influence que peuvent avoir les états diathésiques sur le traumatisme; la question posée par M. Verneuil est celle-ci : déterminer si, chez un malade atteint de lésion organique de quelque viscère, ou d'un état dyscrasique appréciable par l'analyse chimique, un traumatisme intercurrent peut aggraver la lésion organique ou la dyscrasie et en hâter l'évolution.

Pour lui, la réponse à une pareille question ne saurait être douteuse; il existe dans la science trop d'exemples de lésions organiques pulmonaires, hépatiques, rénales, etc., aggravées par les opérations pratiquées sur des malades atteints de ces lésions, pour que cette proposition puisse être contestée.

M. Berger se propose de communiquer à la Société de chirurgie ce que l'expérience lui a enseigné sur ce sujet.

Il examine d'abord ce qui concerne l'influence exercée par des opérations pratiquées pour des manifestations de certaines diathèses, telles que la tuberculose et le cancer.

Ainsi, pour la tuberculose, il est certain, suivant lui, que la tuberculose pulmonaire peut être hâtée dans son évolution par des opérations pratiquées en vue de remédier à certaines manifestations locales de la diathèse tuberculeuse.

Dès les commencements de sa pratique dans les hôpitaux, en 1876, M. Berger a observé, à l'hôpital de la Pitié, deux malades atteints de tumeur blanche du genou et présentant en même temps les signes d'une tuberculisation pulmonaire confirmée, mais encore peu avancée. La gravité des lésions articulaires, les vives souffrances éprouvées par les malades semblaient indiquer l'opportunité et l'urgence de l'intervention chirurgicale. L'amputation de la cuisse pratiquée sur les deux malades fut parfaitement supportée; il n'y eut pas de fièvre traumatique, la réunion de la plaie s'acheva sans accident sous le pansement ouaté, l'état général parut même s'améliorer tout d'abord, mais, au bout de quelque temps, se manifestèrent de nouvelles poussées tuberculeuses accompagnées de symptômes de pleurésie purulente qui emportèrent rapidement les malades. Il est probable que sans l'impulsion donnée par l'opération à la tuberculose pulmonaire commençante, celle-ci eût évolué plus lentement.

Au mois de janvier 1882, M. Berger a pratiqué à l'Hôtel-Dieu l'amputation de la jambe sur un aubergiste atteint de tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne et présentant des signes de tuberculisation pulmonaire à marche chronique. Les suites de l'opération furent très simples, mais à peine le malade était-il guéri de son opération qu'éclatèrent des symptômes de tuberculisation aiguë qui marcha rapidement et entraîna la mort.

Il semble donc à M. Berger qu'il est impossible de refuser à l'intervention opératoire une influence fâcheuse sur la marche de la diathèse tuberculeuse. En tout état de cause, le chirurgien doit se conduire comme si cette influence nocive était démontrée, et se garder d'avoir recours à une opération susceptible d'aggraver une lésion pulmonaire destinée peut-être à évoluer lentement sans le coup de fouet qu'elle peut recevoir de cette intervention inopportune.

Ce qui se passe dans la tuberculose pulmonaire peut s'observer également chez les sujets atteints de cancer viscéral, quand on vient à les opérer pour des manifestations périphériques de la diathèse cancéreuse. En général, il est de règle de s'abstenir de toute opération de ce genre lorsqu'on a la conviction de l'existence d'un cancer viscéral. Toutefois, il est des cas dans lesquels une opération pratiquée chez un individu atteint de cancer viscéral modifie avantageusement ce dernier. Telle est, par exemple, l'influence de la colotomie lombaire dans le cancer du rectum, ou de l'œsophagotomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage; mais il est évident que l'opération n'agit, dans ces cas, qu'en empêchant l'irritation produite par le passage habituel des matières ou des aliments sur la partie malade.

On voit, par contre, des tumeurs ganglionnaires se développer avec une extrême rapidité à la région cervicale à la suite de l'extirpation d'épithéliomas de la langue ou des lèvres, ce que l'on peut attribuer à l'irritation produite par l'opération sur les vaisseaux lymphatiques provenant des parties opérées et transmises par ces vaisseaux aux ganglions du cou. Mais ce sont là des considérations de tout autre ordre que celles dont il s'agit.

Pour y revenir, M. Berger dit avoir observé un certain nombre de faits dans lesquels une opération pratiquée pour une tumeur cancéreuse périphérique, telle que la castration dans les cas de tumeur maligne ou de sarcocèle du testicule, provoque l'accroissement rapide d'un cancer viscéral.

Sur un malade atteint de sarcocèle absolument limité au testicule et à l'épididyme, et chez lequel l'exploration la plus attentive et la plus minutieuse ne pouvait parvenir à faire reconnaître la trace d'aucun engorgement dans les viscères profonds, la castration a été suivie, alors que le malade était complètement guéri de son opération, du développement rapide d'un cancer du foie qui a fait périr le malade au milieu des symptômes promptement survenus de la cachexie cancéreuse.

A l'autopsie, on a constaté, dans le foie, l'existence d'un encéphaloïde ramolli. Il est probable qu'il y avait avant l'opération un noyau cancéreux dont le développement, après l'opération, et par le fait de celle-ci, s'est accompli d'une manière très rapide.

Les recueils scientifiques fourmillent, d'ailleurs, de faits de ce genre, et un chirurgien de Lyon, M. Picard, en a cité plusieurs exemples empruntés à la clinique de Velpeau. Ce dernier chirurgien, ayant opéré un individu atteint de cancer du testicule, vit, quelque temps après l'opération, le malade succomber au développement rapide d'un cancer du foie dont il n'existait pas de trace appréciable avant l'opération.

Un exemple analogue est emprunté à la clinique de sir James Paget (de Londres). A la suite d'une castration pratiquée pour un cancer du testicule, l'opéré succomba à des accidents

pulmonaires dont la marche fut certainement rapide. L'autopsie montra le parenchyme des poumons criblé de noyaux cancéreux.

Un homme de 32 ans, atteint de testicule cancéreux, ayant subi la castration, quinze jours après, succomba aux symptômes d'une phthisie galopante. A l'autopsie, on trouva dans la poitrine des masses ganglionnaires en voie de dégénérescence cancéreuse.

Il ne saurait être mis en doute que, dans ces cas, le développement et la marche rapides du cancer du foie ou des poumons, ont eu pour cause l'opération pratiquée pour le cancer périphérique du testicule. Il paraît donc indubitable à M. Berger que des manifestations diathésiques existant dans les organes internes sont aggravées et considérablement hâtées dans leur évolution par des opérations pratiquées pour des manifestations extérieures ou périphériques de la diathèse.

Il est donc du devoir du chirurgien de ne pas faire subir de traumatisme opératoire à des individus chez lesquels il constate ou bien soupçonne, avec quelque raison, l'existence de déterminations diathésiques dans les organes internes.

Quant à la question de l'influence du traumatisme sur les lésions organiques indépendantes d'une diathèse, lésions du foie, des reins, etc., ou sur certains états dyscrasiques tels que l'albuminurie ou la glycosurie, il semble à M. Berger que cette influence ne saurait être révoquée en doute dans un certain nombre de cas soumis à son observation. Il a vu ces dyscrasies albuminuriques ou glycosuriques être notablement modifiées, du moins momentanément, par des traumatismes accidentels ou opératoires. Enfin, chez un individu atteint de cirrhose du foie, et qui était entré à l'hôpital de la Charité pour un écrasement de l'orteil, un abcès du psoas s'étant formé, M. Berger pratiqua une incision qui donna issue à un litre environ de pus. Sous l'influence du pansement antiseptique, la suppuration diminua graduellement, mais bientôt se produisit une tuméfaction considérable du foie avec état subictérique des tissus et coloration noire des urines produite par du pigment biliaire, ainsi que l'analyse chimique le démontra; bref, le malade finit par succomber à des accidents de péritonite. M. Berger pense que, dans ce cas, la suppuration du psoas a déterminé l'aggravation de l'affection du foie, laquelle, à son tour, a provoqué les accidents de péritonite.

En résumé, il semble à M. Berger que l'existence d'une lésion organique, quelles qu'en soient d'ailleurs la nature et l'ancienneté, chez un malade à qui le chirurgien se trouve mis en demeure de pratiquer une opération, doit engager celui-ci à beaucoup de circonspection et de réserve.

M. Desprès fait remarquer à M. Berger que le malade dont il vient de parler en dernier lieu était atteint d'une affection du foie au moment où il a eu le pied écrasé; l'abcès de la fosse iliaque n'a donc pas été la cause de la maladie du foie; celle-ci, à son tour, n'a pas été la cause de la péritonite, qui s'explique très bien par la suppuration de la fosse iliaque.

M. Richelot a récemment observé un fait qui lui a paru digne d'ère communiqué à la Société de chirurgie, à propos de la discussion actuelle.

Il s'agit d'un homme de 65 ans, qui habitait l'Algérie, et qui est venu à Paris pour se faire opérer d'un épithéliome de la joue gauche. Cet homme était à la fois diabétique, paludique et arthritique. Malgré ces diverses tares organiques, sa santé était conservée, et les suites de l'opération furent absolument bénignes. On peut dire que cet homme entaché de plusieurs diathèses s'est comporté vis-à-vis du traumatisme mieux que ne l'auraient fait à sa place bien des hommes plus jeunes et sans trace de lésions antérieures.

Si la réparation dans ce cas a été si prompte et la réunion par première intention si parfaite, c'est que le malade, en dépit de l'âge absolu de son état organique antérieur, avait encore de bons tissus.

On peut se demander en outre, à propos de cette observation, dans quelle mesure la considération de l'état morbide antérieur modifie la conduite chirurgicale. Il y a des opérations qui, en présence d'un organisme affaibli, doivent être au moins différées; d'autres sont des opérations d'urgence absolue, il faut passer outre; enfin, dans une troisième catégorie de faits très nombreux, la conduite du chirurgien est plus délicate. On peut dire, d'une façon générale : 1° Quand l'organisme, en puissance d'un état constitutionnel défini, possède encore de bons tissus et n'est pas sérieusement affaibli, nous ne devons pas nous intimider outre mesure ni prévoir des dangers sans nombre; 2° Si nous avons pour principe de nous limiter, autant que possible, aux opérations nécessaires, la connaissance d'un état morbide antérieur peut influer sur le pronostic, mais il est rare qu'elle modifie profondément la conduite chirurgicale.

(La communication de M. Richelot a été publiée *in extenso* dans notre numéro du dimanche 6 mai.)

La discussion sera continuée.

— M. CHAUVEL lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Richond, relatif à un appareil plâtré destiné à éviter les consolidations vicieuses des fractures de la clavicule.

M. DESPRÈS conteste qu'il soit possible par aucun appareil d'empêcher les difformités du cal dans les fractures de la clavicule. On n'y est point parvenu jusqu'à présent et il n'est pas probable qu'on y parvienne dans l'avenir; la bonne nature a jusqu'ici fait à peu près tous les frais de la guérison et les meilleurs résultats ont été obtenus, sans appareils, par des individus qui avaient la patience de garder le plus longtemps possible l'immobilité dans une position convenable, c'est-à-dire dans le décubitus dorsal, la tête et les épaules rejetées en arrière.

A. T.

FORMULAIRE

INJECTION CONTRE LA CYSTITE CHRONIQUE. — THOMPSON.

Bi-carbonate de soude	30 grammes.
Glycérine anglaise, eau distillée, *àà*. . . .	60 —

Faites dissoudre. — On mêle 2 ou 3 cuillerées à soupe de cette solution avec 120 gram. d'eau à 37 ou 38 degrés, pour injecter dans la vessie, dans le cas de cystite chronique. — Préparations balsamiques à l'intérieur, bonne hygiène, régime sévère. — N. G.

BAIN CONTRE LES CALCULS BILIAIRES. — BOUCHARDAT.

Carbonate de potasse.	90 grammes.
Essence de lavande.	2 —
Teinture de benjoin	2 —

Mêlez. — Pour ajouter à l'eau du bain dans le cas de calculs biliaires, frictions et massage après le bain. — Afin de provoquer l'expulsion des calculs, prendre entre les repas, sous forme de capsules, de faibles doses d'essence de térébenthine et d'éther. Remplacer le pain par des pommes de terre; faire usage des légumes contenant de la potasse de préférence à ceux qui contiennent de la soude, et de fruits riches en malates et en citrates; maintenir la liberté du ventre en avalant le matin, à jeun, une cuillerée à bouche de tartrate de potasse et de soude ou bien de sulfate de soude, dans de la limonade ou de l'orangeade. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Michel (de Nancy), de M. Courtin, médecin-major de première classe, et de M. Toussaint, médecin aide-major de deuxième classe.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve, en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à :

MM. les docteurs Vaugelard, à Condé-sur-Noireau; Louis, à Villars-les-Dombes; Brest, à l'Esterel; Nellet, à La Haye-Pesnel; Casabianca, à Poggio-di-Naza; Viaud, à Saint-Jean-de Monts; Dagallier, à Pont-de-Veyle; Pouget, à la Roquebrou; Ducellier, à Montmorillon, et Cellier, à Mostaganem.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très précises). — Séance du vendredi 11 mai 1883.

Ordre du jour. — Sur la pseudo-paralysie syphilitique infantile, par MM. Millard et Damaschino. — M. Duguet : Sur l'angine crémeuse dans la fièvre typhoïde. — Continuation de la discussion sur la réfrigération dans la fièvre typhoïde, par MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol. — M. Rathery : Sur l'isolement des varioleux. — M. Rendu : Communication sur un second cas d'ataxie syphilitique, suivi de guérison.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie des sciences. — Dans la séance du lundi 7 mai 1883, l'Institut s'est adjoint, comme membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, M. le professeur Richet. La savante Compagnie a fait une œuvre sage, en mettant à la place de Sédillot un des maîtres les plus justement honorés de la chirurgie contemporaine. Sans méconnaître ni les droits ni les mérites de la physiologie, on nous accordera qu'il n'eût pas été raisonnable de fermer aux cliniciens la porte qu'avaient franchie Sédillot et Cloquet, et que leur digne successeur doit être chaleureusement félicité d'avoir tenu haut et ferme le drapeau de la chirurgie.

Les inoculations charbonneuses. — Nous avons reçu de M. le docteur J. Bertin, de Gray (Haute-Saône), une note sur les expériences d'inoculation charbonneuse faites à Vesoul en 1882. C'est un document fort intéressant que nous allons reproduire sans commentaires ; il pourra servir à l'instruction du procès qui passionne en ce moment une grande partie du corps médical.

Les expérimentateurs étaient MM. Arloing, Cornevin et Thomas. Les virus venaient du laboratoire de M. Pasteur, ou étaient fournis par MM. Arloing et Cornevin. Ces détails préliminaires ne manquent pas d'importance.

I. *Expérience du 12 juin* 1882. — a. Un premier lot, comprenant 5 bêtes bovines et 33 moutons, est inoculé préventivement contre la fièvre charbonneuse avec le virus et par le procédé de M. Pasteur. Cette première inoculation doit être suivie d'une seconde le 26 juin.

b. Un deuxième lot, composé de 5 bêtes bovines, est inoculé contre le charbon

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON.

Il est passé ce jour de fête, qu'on appelle le jour du vernissage ; il est passé ; mais, au rebours de ce que dit la chanson, il reviendra l'an prochain, et si vous l'avez manqué cette année, cher lecteur, arrangez-vous pour qu'il n'en soit pas de même à l'avenir. Cela est facile aux Parisiens, car la Commission des artistes, si avare de ses cartes d'entrée permanentes, prodigue au contraire les billets d'invitation pour ce jour-là. Si vous habitez la province, et si vous pouvez échapper quarante-huit heures aux étouffements de la clientèle, je vous engage, toutes précautions prises, à venir assister à cette répétition générale ; cela vaut la peine, et cela vaut l'argent, je vous assure. C'est un spectacle unique en son genre, et qui ne ressemble à rien de ce que vous pouvez imaginer. Une foule énorme et passionnée ; tous les artistes surexcités par l'attente, par l'inquiétude ; comment sont-ils placés ? Quel effet leur œuvre va-t-elle produire ? Ils sont à la fois acteurs et spectateurs. Figurez-vous tous les « comédiens » de Paris jouant ensemble dans la même pièce et étant, en même temps, et sur la scène et dans la salle ; c'est extravagant. Et les amis qui accompagnent, et les amies surtout qui ne se contentent pas d'accompagner, mais qui veulent faire valoir, et qui s'extasient bruyamment devant la toile du peintre qu'elles connaissent, ou devant le marbre du sculpteur qui s'est inspiré d'elles. Les artistes, les peintres notamment, laissent dire, laissent faire, et sont furieux, tous furieux ! Pourquoi ? Parce que « leur tableau est placé trop haut ; ça n'a pas de bon sens. Le jury est idiot ou leur en veut ; c'est à faire regretter l'Institut. Ils vont donner

symptomatique par le procédé de MM. Arloing et Cornevin, l'injection intraveineuse.

c. Un troisième lot, comprenant 6 bêtes bovines, est inoculé contre le charbon symptomatique par l'injection hypodermique du virus atténué par la chaleur, suivant le procédé de MM. Arloing et Cornevin. (Le virus en question est chauffé et desséché à 100° ou 85°, suivant qu'on le veut faible pour la première, ou fort pour la seconde injection, dite de renforcement). Après cette inoculation, deux animaux succombent.

II. *Expérience du* 26 *juin* 1882. — M. Thomas, vétérinaire à Dammartin (Haute-Marne), et collaborateur de MM. Arloing et Cornevin, se rend à Vesoul pour opérer, sur les animaux vaccinés le 12, la deuxième inoculation, dite de renforcement.

Dans le premier lot, trois moutons succombent à la deuxième inoculation.

III. *Expérience du* 20 *août* 1882. — Inoculation du virus non atténué, par injection hypodermique, aux animaux vaccinés et à d'autres non vaccinés devant servir de témoins.

a. Epreuve du lot vacciné contre la fièvre charbonneuse par le procédé et le virus de M. Pasteur : trente moutons et quatre bêtes bovines, vaccinés le 12 et le 26 juin, sont inoculés avec du virus non atténué, en même temps que deux bouvillons et six moutons n'ayant jamais subi d'inoculation préventive. Résultat : les six moutons témoins succombent, mais avec eux deux moutons vaccinés; les quatre bêtes bovines vaccinées résistent, mais sur les deux bouvillons témoins, un seul meurt, le second n'éprouve qu'un léger malaise.

b. Epreuve du lot vacciné contre le charbon symptomatique par injection intraveineuse : trois bêtes bovines vaccinées et deux témoins du même âge et de la même taille. Résultat de l'injection hypodermique du virus non atténué : les deux témoins meurent après 20 et 24 heures; un des vaccinés meurt après 110 heures, les deux autres n'éprouvent rien.

c. Epreuve du lot vacciné contre le charbon symptomatique par l'injection hypodermique du virus atténué par la chaleur : cinq bêtes bovines vaccinées et deux témoins. Soumis à l'action du virus non atténué, les deux témoins succombent après 22 et 26 heures, les trois vaccinés jouissent de la santé la plus parfaite.

IV. *En résumé* : 1° Les injections hypodermiques du virus atténué par la cha-

---

leur démission. » — Bien, mais ceux dont le tableau est sur la cimaise? Ceux-là sont furieux parce qu'on « les a relégués dans une salle trop éloignée. Personne n'y va. » — Bon, mais ceux qui sont dans le salon d'entrée et sur la cimaise? Ils sont tout aussi furieux, parce qu'on les a placés à côté de grandes « machines qui les écrasent, ou de croûtes qui les tuent. » Ces choses sont dites, non de sang-froid, — le sang-froid est une qualité bourgeoise, qui n'est pas tolérée ce jour-là, ni les autres, dans ce milieu, — mais avec une conviction ardente, avec une franchise de personnalité absolument étonnante et, ici, absolument normale. Il y a pour les rêveurs et pour les psychologues des études pleines d'intérêt et d'imprévu à faire, à ce propos, au palais des Champs-Elysées.

Il y en a aussi pour les modistes et pour les amateurs de costumes hardis. Quelles toilettes! En vérité, les femmes sont intrépides. Elles portent avec tranquillité les accoutrements, les estropiements les plus bizarres du monde, et ne paraissent se soucier que d'une chose : être en avance sur la voisine. Eh bien, dans cette foire du vernissage, elles sont toutes en avance les unes sur les autres. Aussi est-ce une joie! J'en ai vu de vertes, complètement vertes; elles ressemblaient à de superbes scarabées; j'en ai vu de bleu sombre, comme des libellules; il ne leur manquait que de porter des cheveux de la même couleur que le vêtement. Elles y arriveront grâce aux procédés « qui sont la gloire des chimistes. » J'en ai vu de coiffées avec une « tapée » de bleuets. Pas de chapeau. Je crois qu'une femme simplement et bourgeoisement vêtue produirait une vive impression. On se retournerait comme au passage d'une excentrique. Mais il faut voir tout cela de ses yeux, et je vous donne, confrères, rendez-vous au 1[er] mai 1884, conditionnellement, c'est entendu.

Aussi bien, il n'est guère possible de voir autre chose, tant la foule est encombrante, tant il y a d'animation, tant on rencontre de personnes qui vous saluent, vous arrêtent et vous

leur, suivant le procédé de MM. Arloing et Cornevin, ont amené la mort de deux bêtes sur six, après la première inoculation préventive.

2o Le vaccin Pasteur a causé la mort de trois moutons sur trente-trois, après la seconde inoculation préventive.

3o L'inoculation du virus non atténué aux animaux vaccinés par le procédé de M. Pasteur contre la fièvre charbonneuse, a causé la mort de deux moutons vaccinés, tandis qu'un des bovillons témoins, qui devait mourir, n'a éprouvé aucun mal.

4o Un des animaux vaccinés par injection intra-veineuse a succombé à l'inoculation hypodermique du virus non atténué. (Voir le *Sillon*, revue agricole publiée par la Société d'encouragement à l'agriculture de la Haute-Saône, juillet, août et décembre 1882).

De tous ces faits, M. J. Bertin tire la conclusion suivante : « L'enthousiasme s'est refroidi, je crois, chez les cultivateurs et les vétérinaires eux-mêmes après les résultats obtenus par des hommes de si haute valeur. On attend de nouvelles recherches et de nouvelles expériences, car jusqu'ici des animaux sont morts par le vaccin, quel que fût le procédé ou le virus employé ; d'autres sont morts bien qu'ils eussent été vaccinés ; d'autres enfin ont résisté au virus fort, qui auraient dû mourir comme témoins. »

Les accoucheurs des hôpitaux. — Nous avons reçu dernièrement une brochure dans laquelle M. le docteur Nicaise a réuni tous les documents relatifs à la question soulevée par les accoucheurs des hôpitaux. Cette brochure n'est pas signée, et ne pouvait l'être, puisqu'elle ne renferme que ces documents, dont les auteurs sont connus ; par exemple, un mémoire de M. Quentin, un rapport de M. Nicaise, les protestations du corps médical, etc. Néanmoins, MM. Budin, Porak, Pinard et Ribemont, accoucheurs des hôpitaux, la déclarant anonyme et calomnieuse, ont cru devoir y répondre par une circulaire imprimée, dans laquelle ils s'efforcent d'établir qu'ils sont les collègues authentiques des médecins et des chirurgiens.

En vérité, nous regrettons de voir nos honorables confrères se débattre avec tant d'acharnement pour démontrer un fait que personne ne leur conteste, à savoir leur assimilation *comme grade* aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux.

Ils ne font pas attention que, parmi les membres de la commission de 1878, qui a demandé unanimement cette assimilation, et dont ils s'autorisent maladroitement

---

empêchent de regarder les ouvrages exposés. Tout au plus aperçoit-on, de loin, les grosses choses, et quelques-uns des tableaux signés de noms connus. Cette première inspection, fort incomplète, d'ailleurs, n'a pas été, pour moi, favorable au Salon de cette année. Les Carolus Duran m'ont paru en baisse manifeste, et je n'ai jamais eu pour la peinture violente de ce maître qu'un enthousiasme excessivement réservé. Les Jules Breton sont bien insignifiants, et bien au-dessous de « l'Angelus » de l'année dernière.

M. Bouguereau arrive tout doucement à la taille douce des images de sainteté. Il finira par illustrer des paroissiens.

M. Henner continue avec une persistance vraiment lassante à bistrer outre mesure ses imitations de Corrège. M. Lefèvre n'agrandit pas, il s'en faut, et n'affermit pas sa manière. Sa Psyché-Pandore est bien dépourvue d'intérêt et ne nous laisse que très peu d'espérance. M. Georges Bertrand n'a pas été heureux dans le contraste qu'il a voulu opposer à son tableau si émouvant et si beau de « Patrie ». Des femmes nues sur des chevaux blancs n'éveilleraient chez personne, sans le livret, l'idée du « Printemps qui passe », et je doute qu'elles puissent séduire même des fabricants de papiers peints.

Je n'ai pas vu un seul portrait magistral ; mais il m'a semblé reconnaître quelques figures de confrères. Je les chercherai avec soin, et je vous en dirai ma façon de penser dans une prochaine Promenade, en revenant sur tout ceci.

Cl. Suty.

aujourd'hui, la majorité réprouve leur prétention actuelle d'être juges dans les concours du Bureau central. C'est leur dire assez clairement que, si on les considère comme égaux en dignité, on ne peut leur accorder la même compétence.

Leur amour-propre s'offense, parce qu'on a dit que leur présence dans les jurys de médecine et de chirurgie abaisserait le niveau des concours. Mais la présence de M. Pasteur, celle de Cl. Bernard lui-même dans un concours de chirurgie ou de médecine, risquerait aussi bien d'abaisser ce niveau.

Avons-nous si mauvaise grâce à leur demander comment ils jugeront des questions qu'ils ignorent, à eux qui l'année dernière, pour obtenir leur concours spécial, se fondaient sur l'incompétence des chirurgiens en obstétrique ?

Nous leur avons dit ici-même, et nous leur répétons : Vos personnes ne sont pas en cause, et justement parce qu'elles sont inattaquables, il est très habile aux démolisseurs de vous avoir poussés les premiers. Mais entrés dans la place, vous laissez derrière vous la porte ouverte ; ceux pour qui vous l'avez franchie sont les ambitieux vulgaires et les déclassés L.-G. R.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ

LEÇONS SUR LE STRABISME

Faites à l'Hôtel-Dieu par le professeur PANAS,

recueillies par F. DE LAPERSONNE, interne du service (1).

On obtient d'excellents résultats d'un moyen que vous nous avez vu mettre en pratique presque journellement, je veux parler du champ du regard ou de fixation (blickfeld des Allemands, fixirfeld de Landolt). Pour mesurer les mouvements des yeux par ce procédé, il est très important de bien immobiliser la tête. Divers moyens ont été proposés, le plus simple et le meilleur est de faire mordre au patient une petite planchette fixée à la tige d'appui du périmètre. L'autre œil étant couvert, on promène sur le périmètre un petit carré de papier sur lequel sont tracées des lettres assez fines; l'œil suivant toujours le petit carré, le patient doit vous avertir par un signe lorsque les caractères ne sont plus parfaitement distincts pour lui. Cette expérience doit être répétée plusieurs fois pour bien s'assurer du point où s'arrête la vision distincte. On mesure ainsi les excursions que l'œil peut exécuter dans les deux directions, soit en dedans, soit en dehors. Cependant, on n'a pas toujours la limite de la force d'adduction, à cause de la racine du nez. On peut alors se servir d'un petit artifice et dévier en dedans la ligne visuelle au moyen d'un prisme. Pour noter la mensuration de l'adduction et de l'abduction, on est convenu de désigner par + la somme des forces adductrices et par — la somme des forces abductrices.

Il existe encore un procédé plus précis, c'est la mensuration objective. On remplace les caractères d'imprimerie par une petite bougie, ou une simple fente lumineuse, que l'on promène le long de la surface interne du périmètre. L'œil de l'observateur suit la bougie et doit voir l'image de la flamme au centre de la cornée ; par ce moyen, on peut être assuré qu'on est bien dans le prolongement de la ligne visuelle. Schneller, de Dantzig (2), a fait remarquer qu'on obtenait ainsi un champ du regard plus étendu et plus précis que par la lecture; cette différence peut être de 3 à 5 degrés périmétriques. Je vous conseille d'employer de préférence ce dernier procédé; il est, du reste, le seul applicable quand l'œil est amblyope.

Ce fait de la différence entre le champ du regard pris à la lumière ou par la lecture, est assez curieux au point de vue physiologique. Il semble, qu'arrivée à ses limites de rotation, la macula devienne un peu amblyope. Chez les strabiques, cette inégalité des deux modes d'exploration est beaucoup plus accusée; la différence

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 mai.

(2) Schneller. *Beiträge zur Lehre von Schielen.* (*Arch. für Ophtalm.*, XXVIII, 97-152.)

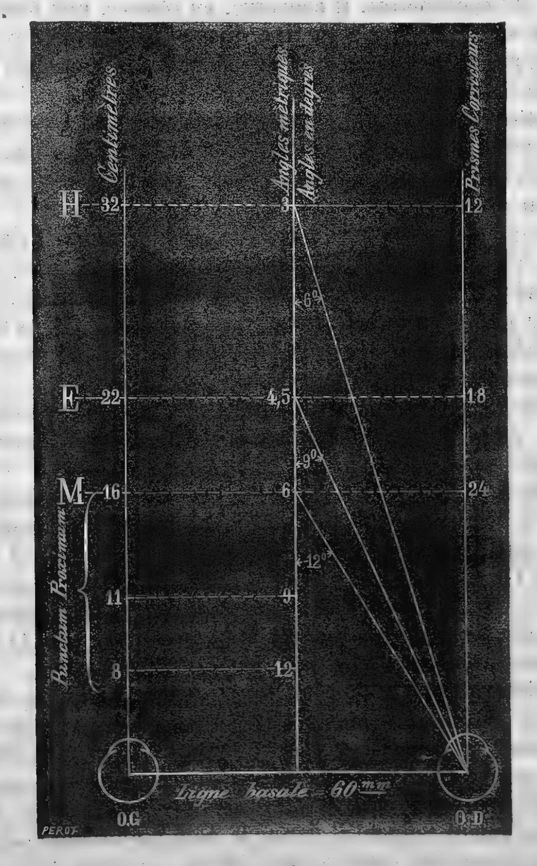
peut aller jusqu'à 7°, 10° et même 13° périmétriques, lorsque l'acuité visuelle est faible et les muscles anormaux. Il faut noter que cette différence peut se montrer à un degré inégal en dedans et en dehors. Dans un cas mesuré par Schueller, le champ de fixation pris à la lumière dépassait le champ pris au moyen des caractères d'imprimerie de 12°,5 en dedans et de 7°,5 en dehors.

On a voulu expliquer la diminution de l'acuité visuelle dans ces conditions par le tiraillement du nerf optique (?); par une augmentation du tonus, ou un certain degré d'astigmatisme artificiel, dépendant de la contraction des muscles. Quoi qu'il en soit de ces explications, retenez le fait dont vous comprendrez l'importance au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Si nous examinons les résultats physiologiques obtenus avec le champ de fixation, nous voyons qu'ils sont absolument les mêmes que ceux obtenus avec le prisme. Il reste établi, en effet : 1° que l'adduction est plus forte que l'abduction; 2° cette prédominance varie avec les individus; 3° au delà de certaines limites, elle devient pathologique. Pour un œil emmétrope, normal, l'adduction dépasse l'abduction environ de 1 à 14 degrés périmétriques. Exceptionnellement, l'abduction est égale à l'adduction et la dépasse de 2° au maximum (Schneller).

Jusqu'ici nous n'avons étudié que la force intrinsèque des muscles adducteurs et abducteurs. Pour que le fonctionnement des muscles de l'œil se fasse régulièrement, il faut qu'il existe un balancement continuel des forces musculaires. Ce qui le prouve c'est que, lorsque vous fixez pendant longtemps un même point de mire, vous éprouvez une fatigue particulière et vous avez de la diplopie.

Cette étude est très importante et mérite de nous arrêter un instant.



Sur cette figure schematique, on a tracé une ligne qui unit le centre des deux yeux, c'est la ligne basale (grundlinie des Allemands). Elle mesure l'écartement

des yeux, variable suivant les individus; pour la facilité des calculs, on a pris une moyenne qui est égale à 60 millimètres. Du milieu de cette ligne basale, menons une perpendiculaire, ce sera la ligne médiane. Les yeux étant fixés vers un objet très éloigné, on pourra considérer leurs lignes visuelles comme parallèles à la ligne médiane. Si maintenant nous rapprochons l'objet en suivant la ligne médiane, nous verrons que les yeux vont converger de plus en plus, et les axes visuels formeront avec la ligne médiane un angle d'autant plus grand que l'objet sera plus rapproché. Ce pouvoir de convergence sera variable suivant l'état de réfraction de l'œil, suivant la position du punctum proximum.

Prenons tout d'abord l'exemple de l'hypermétrope (H), on sait que son punctum proximum est situé à 16 centimètres, son punctum remotum est à l'infini. Les axes visuels iront donc depuis le parallélisme jusqu'à une position convergente qui, pour la ligne de base que nous avons choisie, formera un angle de 12° avec le plan médian. Entre les deux se trouve une position moyenne, dans laquelle la ligne visuelle ne forme plus avec le plan médian qu'un angle de 6°; ce point est situé à 32 centimètres de la ligne de base, et correspond à l'action d'un prisme n° 12.

L'emmétrope (E) a son punctum proximum à 11 centimètres, sa position moyenne sera à 22 centimètres, faisant avec la ligne médiane un angle de 9°, ce qui correspond à l'action d'un prisme de verre n° 18.

Enfin le myope (M), dont le punctum proximum est à 8 centimètres, sera en position de convergence moyenne à 16 centimètres; à ce niveau, l'angle sera de 12° et le prisme n° 24.

Pour nous assurer de la force de convergence dans chaque état de réfraction, nous pouvons nous servir encore du prisme. En effet, lorsque l'hypermétrope fixe un objet placé à 32 centimètres, il conserve, *en réserve*, une force de convergence, qui lui permet de se rapprocher et de fixer jusqu'à son punctum proximum. Il faut donc qu'il puisse neutraliser l'action d'un prisme qui mesurera l'excès de tension supporté par le droit interne.

Cette mensuration par le prisme permet d'apprécier la force musculaire employée à maintenir un certain degré de convergence et celle qui reste en réserve. Pour que l'hypermétrope ait un pouvoir de convergence normal, il faut qu'il puisse neutraliser l'action d'un prisme n° 12.

Supposons que nous ayons à faire à un strabisme latent : si nous plaçons devant un de ces yeux un prisme 12, peut-être pourra-t-il fusionner les deux images, mais l'instant après, sa vue se trouble, il voit double, et vous pourrez apercevoir un de ses yeux se porter fortement en dedans. La constatation de la diplopie sera facilitée par l'emploi d'un verre de couleur, qui permettra au malade de préciser davantage ses réponses.

On pourrait par ce moyen, non seulement constater le strabisme latent, mais aussi mesurer le degré de faiblesse du muscle, suivant le numéro du prisme qu'il parvient à neutraliser.

Dans ces dernières années, on a cherché à ramener au système décimal la mesure des angles de convergence. Il y a 2 ans, Nagel a proposé d'appeler *angle métrique* l'angle que forme l'axe visuel avec la ligne médiane; il a pris pour unité, l'angle formé par l'axe visuel et la ligne médiane, lorsque l'individu regarde à un mètre. A 50 centimètres, la convergence sera de 2 angles métriques; à 33 centimètres, elle sera de 3 angles métriques. Vous voyez que sur la figure on a placé, en regard des angles exprimés en degrés, les angles métriques.

L'emploi du prisme donne, avec une assez grande précision, le degré d'insuffisance d'un muscle. Malheureusement il est d'un emploi difficile en clinique. Il nécessite des réponses assez précises de la part des malades et demande beaucoup de tâtonnements. Aussi a-t-on essayé de le remplacer par un moyen plus pratique. Dans la récente réunion de la Société française d'ophtalmologie, M. Landolt a présenté un petit instrument, auquel il donne le nom d'*ophthalmo-dynamomètre*. Cet instrument se compose d'une petite plaque percée de trous très fins, disposés sur une même ligne verticale, et d'un ruban divisé d'un côté en centimètres, de l'autre

en angles métriques. Pour mesurer le degré de convergence, on place l'instrument à une certaine distance des yeux sur la ligne médiane. Les points sont vus distinctement et sur une seule ligne verticale. On rapproche alors, peu à peu, jusqu'au moment où la ligne de points se dédouble; on est arrivé à la limite de la force de convergence; on n'a alors qu'à lire sur le ruban métrique à combien d'angles métriques se trouve cette limite de convergence. Bien entendu, on a préalablement mesuré l'état de réfraction de l'œil. L'instrument peut encore servir à mesurer la puissance de l'accommodation. La ligne de points est quelquefois difficile à distinguer; on peut remplacer le petit diaphragme par une fente lumineuse, disposée dans un appareil que vous nous avez vu employer pour l'étude du champ du regard.

Par ces divers procédés vous pourrez constater l'existence d'un strabisme lateut. Je n'ai pas besoin de vous répéter ici que, dans ces différentes expériences, vous devez toujours tenir compte du degré de réfraction.

A un degré plus élevé que le strabisme latent ou dynamique, nous aurons le strabisme périodique. Ici la déviation est manifeste, mais elle n'est pas permanente. Elle survient périodiquement par suite de la fatigue de l'œil. Chez l'hypermétrope, c'est la fatigue de l'accommodation qui va entraîner plus ou moins vite la production du strabisme périodique. Quant au myope, qui est obligé de converger beaucoup, le droit interne n'a plus bientôt la force de contraction suffisante : l'œil se dévie, entraîné par le muscle droit externe. Tout d'abord, cette déviation ne se produit qu'à des intervalles assez éloignés, mais peu à peu, elle devient plus fréquente, et aboutit enfin au strabisme permanent.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

LES THÈSES DU CONCOURS D'AGRÉGATION EN MÉDECINE (1883).

Suite. — (Voir le numéro du 5 mai.)

VI. — ÉTUDE SUR LA CONVALESCENCE ET LES RECHUTES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par M. HUTINEL, médecin des hôpitaux. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Avant tout, il était nécessaire de s'entendre sur la signification des termes *convalescence* et *rechute*. Pour M. Hutinel, la convalescence est la période consécutive à une maladie pendant laquelle se réparent les désordres anatomiques et fonctionnels produits par cette maladie. On comprend, d'après cette définition, que la convalescence varie d'une maladie à l'autre et d'un malade à l'autre, les lésions locales différant autant en intensité et en étendue que les troubles fonctionnels. Néanmoins, il y a pour chaque maladie un type dont s'écarte plus ou moins la convalescence, mais qui permet toutefois de la reconnaître et de régler la conduite du médecin sur ses allures. C'est ce qui a lieu pour la fièvre typhoïde.

La réparation normale des lésions locales entraîne évidemment la convalescence régulière, laquelle est rare, il est vrai; la réparation anormale, c'est-à-dire la normale troublée par un traitement mal dirigé ou des imprudences de malades, entraîne les accidents de la convalescence, qui atteignent les organes dont la fonction vient à être troublée ou exagérée. Si en même temps que la réparation organique s'effectue l'élimination du poison typhique ne s'est pas achevée, la maladie peut se rallumer avec tous ses phénomènes primitifs, et constituer ainsi la rechute, qui par suite n'est elle-même qu'un accident de la convalescence.

Ainsi compris, — et exposé dans une courte introduction qui est un excellent chapitre de pathologie générale, — le sujet de la thèse de M. Hutinel se divise naturellement en deux parties : Etude de la convalescence normale ; — accidents de la convalescence. Un petit chapitre sert de transition entre le cours de la fièvre typhoïde et le début de la convalescence; un autre fait une place à part aux rechutes, et quelques pages sont consacrées au traitement des convalescents.

La convalescence s'annonce dans la fièvre typhoïde comme dans toute autre maladie aiguë, par des modifications dans la température, le pouls et l'urine, indiquant la fin de la production des altérations organiques et le commencement de leur réparation ; mais comme ici cette réparation est lente et s'adresse à de nombreux points de l'économie, la transition de la maladie à la convalescence n'est pas brusque, mais se fait graduellement, en plusieurs jours. L'étude

de l'urine, de la température et du pouls, qui indique mieux que tout autre signe la marche des combustions fébriles, devait être, et a été faite avec grand soin.

Le retour de la température à l'état normal est le signe précis du début de la convalescence. Et ici l'exposé des altérations des humeurs et des tissus donne la clé de l'aspect particulier qu'offre le typhique à cette période. Les modifications imprimées par la maladie au sang, aux appareils circulatoire, nerveux, respiratoire, digestif, locomoteur, urinaire, génital, etc., expliquent l'anémie, la maigreur, ces variétés de l'appétit et de la digestion, cette longue faiblesse, qu'on observe normalement après la fièvre typhoïde, et qui impriment un si long délai à la convalescence. La réparation de tous ces désordres demande beaucoup de temps pour s'effectuer.

Mais survient-il quelque trouble dans la réparation de quelqu'une de ces lésions, et nous assistons alors à l'éclosion des accidents de la convalescence, et qui atteignent les divers appareils que nous venons d'énumérer. Signalons dans cette seconde partie quelques pages intéressantes sur l'influence des affections antérieures ou intercurrentes, sur la localisation et la gravité des accidents de la convalescence, et sur le rôle que joue l'élimination des microbes sur la production des accidents qui surviennent dans les appareils excréteurs, glandes viscérales et cutanées.

La rechute de la fièvre typhoïde est, pour M. Hutinel, la reproduction, après l'établissement apparent de la convalescence, de la totalité ou d'une partie des symptômes qui ont caractérisé la première attaque ; elle est différente, de par la clinique, aidée de l'urologie et de la thermométrie, des recrudescences et des récidives. Ces différences et les raisons sur lesquelles est basée l'opinion de l'auteur sont bien indiquées. Mais quelle est la cause de ces rechutes? M. Hutinel, examinant les causes banales relatives à l'âge, au sexe, aux écarts de régime, à la constipation, les rejette toutes, et déclare qu'on ne connaît pas encore les causes occasionnelles capables de provoquer les rechutes. Mais peut-être y a-t-il là une voie qu'on n'a pas encore assez explorée, et dans laquelle il conviendrait d'entrer résolument, et que nous allons indiquer.

La rechute paraît causée, comme M. Hutinel avec la majorité de tous les auteurs, l'admet, parce que le poison typhique n'a pas épuisé toute sa vigueur; en d'autres termes, les microbes de la fièvre typhoïde n'ayant pas été éliminés assez vite et assez complètement, repullulent et rallument la fièvre. Et dès lors, n'y aurait-il pas lieu de rechercher pourquoi cette élimination a été empêchée ou retardée? Cette élimination se faisant par les glandes viscérales et cutanées, on pourrait se demander si une maladie antérieure n'aurait pas amené une altération de ces organes, laquelle serait la cause de l'obstacle apporté à l'élimination des microbes. Ceci expliquerait à la fois la localisation des accidents viscéraux de la fièvre typhoïde, par arrêt des microbes dans certains viscères, devenus *lieux de moindre résistance*, et le retour de la fièvre lorsque cette élimination n'est pas assez rapide.

Les maladies antérieures pourraient en outre imprimer un cachet particulier aux rechutes. On connaît le mode de début de ces rechutes sous forme d'accès intermittents, et M. Hutinel en cite deux cas observés par M. Battle. Or, ce dernier exerçant *in ære Monspeliensi*, c'est-à-dire en pays palustre, il est permis de supposer que ses malades avaient eu autrefois la fièvre intermittente, que les lésions laissées par celle-ci ont empêché l'issue normale des microbes et rappelé la fièvre typhoïde, laquelle, pour montrer ses relations avec le paludisme, a débuté comme un véritable accès de fièvre intermittente.

Nous nous contentons d'émettre cette opinion qui nous paraît quelque peu justifiée par des faits nombreux ressortissant à la pathologie chirurgicale, et que nous serions heureux de voir contrôler par les médecins. Nous en trouverons d'ailleurs l'écho dans la thèse de M. Bard.

VII. — Des accidents pernicieux d'origine palustre, par M. le docteur Bard, médecin des hôpitaux de Lyon. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1883.

Qu'est-ce que la perniciosité? On a discuté depuis des siècles, et à perte de vue, sur cette question, avant d'arriver à une solution acceptée par tous. Pour M. Bard, la perniciosité doit entraîner avec elle l'idée d'un accident anormal, insidieux, d'invasion soudaine, surajouté au type morbide dans lequel il survient, immédiatement menaçant pour la vie, quelle qu'en soit d'ailleurs l'apparence symptomatique. Il n'y a donc pas, en ce qui concerne le paludisme, de fièvre pernicieuse, mais bien des fièvres dans lesquelles il survient des accidents pernicieux.

Ces accidents sont dus à une congestion active, ce qui donne l'explication de leur apparition brusque et de leur terminaison rapide, soit par la mort, s'ils sont poussés assez loin, soit par la guérison, si le malade peut résister à leur attaque et attendre la rétrocession de la congestion. Ceci explique encore pourquoi à l'autopsie on ne retrouve dans les viscères, outre

les altérations propres à l'intoxication palustre antérieure, que des signes de congestion plus ou moins intense, parfois accompagnée d'hémorrhagies interstitielles ou de ces exsudations séro-sanguines qui constituent le premier stade de l'inflammation. Un autre caractère anatomique important de l'accident pernicieux, c'est l'augmentation considérable des globules blancs, laquelle ne dure que pendant l'accès et disparaît ensuite rapidement. Les autres lésions anatomiques trouvées à l'autopsie de sujets morts d'accidents pernicieux sont indépendantes de ces accès; elles appartiennent au paludisme antérieur.

A cela se borne tout ce qu'on trouve d'exact, de basé sur des faits indiscutables dans la thèse de M. Bard; il convient cependant d'y ajouter encore une partie de son chapitre *Étiologie.* Nous trouvons d'abord énumérées dans ce chapitre toutes les causes banales ordinaires : l'âge, le sexe, les climats froids, les climats chauds, les saisons, les conditions météorologiques, la race, etc. Une première objection est à faire. Pour que les arguments et les faits invoqués aient quelque valeur, il faudrait que tous les auteurs auxquels les emprunte M. Bard aient compris la perniciosité comme lui, ce qui n'est pas; alors il rapporte comme pernicieux des cas que les auteurs ont appelés ainsi parce qu'ils se sont terminés par la mort, et il passe forcément sous silence des faits qui d'après lui auraient été pernicieux, mais que les auteurs ont désignés autrement, parce qu'ils se sont terminés par la guérison. Ensuite, si toutes ces conditions dites étiologiques avaient eu une influence sur la genèse des accidents pernicieux, tous les paludiques se trouvant en même temps dans les mêmes conditions auraient dû les présenter, ce qui n'est pas davantage. Il y a donc d'autres conditions qui priment celles-là, qui régissent en quelque sorte la perniciosité, et ces conditions sont inhérentes au malade lui-même.

M. Bard le reconnait d'ailleurs implicitement. Ses assertions relatives aux causes banales sont peu précises ou se contredisent; il devient plus affirmatif quand il arrive aux conditions individuelles; l'infraction aux lois de l'hygiène, les excès de tout genre, l'alcoolisme, l'affaiblissement de l'organisme par une maladie antérieure, le traumatisme, l'existence de lésions antérieures d'organes importants, ou seulement de faiblesse relative de ces organes, sont des causes puissantes de perniciosité; et ici l'auteur ajoute : « La lésion commande non seulement le type de la fièvre, mais encore la localisation des phénomènes anormaux. » On s'attendait, après cette conclusion, à voir M. Bard diviser les formes des accidents pernicieux, d'après les phénomènes déterminés par les organes atteints de lésions antérieures; décrire ces formes d'après les phénomènes produits par la congestion particulière de tel ou tel organe, s'ajoutant à la congestion générale et à la lésion antérieure; en donner la signification d'après les lésions trouvées à l'autopsie; et enfin baser son traitement d'après les indications fournies par la notion d'une congestion organique récente surajoutée à une lésion antérieure. Eh bien, on ne trouve rien de tout cela. Après cette donnée étiologique si claire, nous retombons dans le vague : la symptomatologie générale, commune à tous les accès; puis une division en dix formes, empruntée à l'ouvrage de M. Colin, et basée tout uniment sur le phénomène le plus saillant de l'accès pernicieux; enfin des indications thérapeutiques dont le quinquina et ses dérivés font à peu près tous les frais.

Il faut bien dire que la faute n'en est pas toute entière à M. Bard, mais aux études étiologiques elles-mêmes, qui, ainsi qu'il le dit fort bien, n'ont pas encore été l'objet de recherches suffisantes. Il va sans dire que la pathogénie n'est pas plus avancée que l'étiologie. Pour nous, qui avons appris, à l'école de M. Verneuil, à accorder une large place dans l'étiologie morbide aux lieux de moindre résistance et aux diathèses, nous sommes persuadés que cette étiologie ne sortira du vague dans lequel elle se trouve encore que lorsqu'aux hypothèses et aux théories on substituera des données fondées sur l'anatomie pathologique, non seulement des tissus, mais encore des humeurs. M. Bard nous dit déjà que les suites éloignées des accidents pernicieux, en particulier la glycosurie et l'albuminurie, sont certainement liées à la persistance de lésions matérielles dans les organes qui ont été le siège des raptus du paludisme. Il reste à voir si ces accidents pernicieux eux-mêmes ne sont pas aussi causés par des altérations antérieures des organes et des humeurs. En tenant compte de ces altérations, les recherches entreprises actuellement sur les microbes du paludisme, sur les variations des globules blancs dans les accès, et sur le rôle du pigment dans la cachexie palustre, nous fourniront peut-être la solution de toutes les questions restées en suspens à propos des accidents pernicieux d'origine palustre.

(*A suivre.*) L.-H. PETIT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Luton, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Reims. (Accepté.) — Un autre pli cacheté adressé par M. le docteur Renou, de Saumur. (Accepté.)

2° Une note sur le dosage de l'acide urique dans l'urine, procédé volumétrique rapide, par M. E. Gautrelet, pharmacien de 1re classe.

3° Un travail intitulé : *La loi Roussel dans le canton d'Agde*, par M. le docteur Ernest Durand (de Marseillan).

4° Un mémoire manuscrit sur la portion brachiale du nerf musculo-cutané, par M. le docteur Testut, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Bordeaux. (Présenté en séance par M. Mathias Duval.)

—

M. Mathias DUVAL présente : 1° au nom de M. le docteur Gellé, une brochure intitulée : *Du vertige de Ménière dans ses rapports avec les lésions des fenêtres ovale et ronde.*

M. MARJOLIN dépose sur le bureau un exemplaire de l'*Annuaire-Bulletin de la Société protectrice de l'enfance* pour l'année 1882.

M. GIRAUD-TEULON présente, au nom de M. le docteur Badal (de Bordeaux), un volume intitulé : *Leçons sur l'opération de la cataracte.*

M. BOULEY présente, au nom de M. le docteur Layet (de Bordeaux), un travail manuscrit sur des expériences de vaccination et de revaccination entreprises à Bordeaux.

M. OULMONT présente, au nom de M. le docteur Lagerais, une brochure intitulée : *Traitement des affections du foie, congestion, hypertrophie, coliques hépatiques, par les eaux de Pougues.*

—

M. Maurice PERRIN communique une nouvelle observation de conjonctivite purulente rhumatismale, recueillie par M. Challan de Belval, médecin-major attaché à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

L'observation dont il s'agit donnera, dit-il, toute satisfaction à M. Panas : La malade, femme de 62 ans, n'a jamais eu aucune affection des yeux que celle qui a succédé de la manière la plus évidente au rhumatisme dont elle était atteinte. Les paupières étaient intactes, elles ne présentaient ni épaississement, ni accolement des cils, ni larmoiement; les granulations, du reste, sont inconnues dans le pays habité par la malade. C'est au dix-septième jour d'un rhumatisme articulaire aigu contracté par la malade que se sont manifestés, au moment de la disparition des douleurs articulaires, les symptômes d'une conjonctivite catarrhale qui prit rapidement la forme purulente.

—

M. BÉCHAMP demande à présenter quelques observations à propos de la communication faite dans l'une des dernières séances par M. Pasteur et d'une proposition émise par M. Bouley.

Il s'agit des théories dites microbiennes et de l'application de ces théories à l'homme. Il s'agit de savoir s'il est permis en physiologie et en pathologie de conclure de l'animal à l'homme. On peut se demander s'il existe véritablement dans l'air des animalcules auxquels il faut attribuer la cause occasionnelle des maladies de l'homme et des animaux; si tous les êtres vivants, à tous les âges, recèlent des êtres vivants susceptibles d'être cultivés, multipliés et inoculés. On peut se demander, en second lieu, si les microbes existant dans l'atmosphère y existent primitivement depuis la création, ou si, au contraire, il n'y ont été produits que consécutivement à des affections morbides des animaux ou de l'homme.

M. Béchamps ne veut attaquer ni M. Pasteur ni ses savants collaborateurs; il vient seulement défendre des opinions qu'il a émises dès l'année 1868, à une époque où M. Pasteur, ni personne, à l'exception de M. Davaine, n'avaient touché à ces questions.

Dès les premières publications de M. Davaine, M. Béchamp et M. Estor, son collègue à la Faculté de Montpellier, soutenaient contre M. Davaine que la bactéridie n'était pas la cause essentielle du charbon, mais que cette bactéridie n'agissait qu'en déterminant une dyscrasie

particulière en vertu de laquelle s'affectaient les microzymas de l'organisme évoluant en bactéridies. Le charbon ne serait, suivant lui, que le résultat d'une évolution morbide des microzymas de l'organisme.

M. Béchamp a été étonné d'entendre un savant comme M. Bouley déclarer que, pour lui, l'homme ne diffère de l'animal ni histologiquement, ni physiologiquement; qu'il n'y a qu'une physiologie, et partant, qu'une pathologie.

Rien de plus inexact que cette proposition, suivant M. Béchamp.

Si l'on prend, dit-il, le produit de la même glande, la parotide, et qu'on le considère chez l'homme, le chien et le bœuf, on verra que tandis que la salive de la parotide de l'homme détermine, dès son contact avec l'empois, la saccharification de cette substance, cette action saccharifiante ne se produit pas avec la salive de la parotide du chien ou avec celle du bœuf. Ainsi, malgré l'identité morphologique de l'organe, l'action physiologique diffère entièrement. Il en est de même du pancréas, que l'on a désigné sous le nom de glande salivaire abdominale.

Par contre, il résulte d'observations tout récemment faites par M. Béchamp, que deux glandes différentes anatomiquement et histologiquement, telles que la glande mammaire et la glande parotide, possèdent la même propriété saccharifiante sur l'empois.

M. Béchamp a reconnu qu'il existe dans la glande mammaire de la femme, ou plutôt dans le produit de cette glande, le lait, un zyma qui exerce une action saccharifiante sur l'empois, aussi active qu'avec la salive parotidienne. Mais, chose curieuse, le lait de brebis et le lait de vache ne possèdent pas cette propriété saccharifiante exclusivement propre au lait de femme.

En résumé, suivant M. Béchamp, le dernier terme de l'activité organique est le microzyma. M. Béchamp a cultivé les microzymas de l'organisme et il les a vu évoluer en bactéries et en bactéridies. Les microzymas de l'organisme à l'état parfait de santé, ceux du pancréas, par exemple, peuvent avoir une action aussi délétère que le virus le plus violent. Il n'est, d'ailleurs, absolument pas permis de conclure de l'animal à l'homme, ni au point de vue de la physiologie, ni à celui de la pathologie.

Les microzymas qui sont les seuls microbes qui existent, n'existent pas dans l'air primitivement; ils ne sont que des émanations consécutives à des affections de l'organisme.

—

M. Moutard-Martin, au nom de la commission du prix Godard, lit un rapport sur le concours de ce prix. 13 mémoires ont été adressés pour ce concours, 2 ont été éliminés comme traitant de sujets chirurgicaux; des 11 restants, M. le rapporteur analyse plus particulièrement 4 mémoires, qui ont attiré l'attention de la commission.

Les conclusions de ce rapport seront lues et discutées en comité secret.

M. Mesnet donne lecture du rapport sur le concours pour le prix Falret. — La question donnée pour ce concours est : *Des vertiges avec délire.* Un seul mémoire a été adressé; le candidat présente la question au point de vue de la *psychologie morbide du vertige.*

Le mot vertige, pris dans son acception la plus commune, éveille dans l'esprit l'idée d'un trouble subit et fugace se manifestant par un tournoiement illusoire des objets extérieurs, ou de la personne elle-même plus ou moins atteinte dans son équilibre; pour répondre au cadre proposé par l'Académie, il faut que ce vertige s'accompagne, sinon de conceptions délirantes bien caractérisées, tout au moins d'influences psychiques si légères qu'elles soient.

Telle est la manière générale dont le candidat a compris la question; mais, tout en parcourant le cadre des états pathologiques dans lesquels se montre le vertige, il s'est attaché plus spécialement à l'étude du vertige épileptique, direction justifiée, dit M. le rapporteur, non seulement par les travaux du fondateur du prix, mais encore par la question elle-même qui, en associant le délire au vertige, le rattache implicitement aux formes convulsives de l'épilepsie.

Les conclusions du rapport seront lues et discutées en comité secret.

—

M. le docteur Jules Brongniart, médecin consultant à Contrexéville, lit un travail intitulé : *Etude sur la gravelle simulée chez la femme et sur ses rapports avec l'hystérie.*

La conclusion de ce travail est qu'il faut toujours, chez les femmes et les enfants, mais surtout chez les femmes nerveuses et hystériques, contrôler par un examen minutieux et par l'analyse chimique, les corps étrangers qu'elles disent avoir rendus en urinant, à la suite de douleurs néphrétiques ou vésicales, sous peine de tomber dans l'écueil signalé par Civiale et de donner ainsi une idée peu favorable de sa perspicacité.

— A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports des prix Godard et Falret.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 27 avril au 3 mai 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,230. — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 21. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 37. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 1. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 64. — Phthisie pulmonaire, 247. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 61. — Bronchites aiguës, 86. — Pneumonie, 120. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 34; au sein et mixte, 32; inconnus, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 102; circulatoire, 80; respiratoire, 86; digestif, 56; génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 4. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 8.

Résumé de la 18e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 27 avril au 3 mai inclus, 1,311 naissances et 1,230 décès.

Ce dernier chiffre est notablement inférieur celui de la période précédente (1,330) et à la moyenne des quatre dernières semaines (1,313).

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette période et la précédente fait ressortir :

Une aggravation pour la variole (21 décès au lieu de 12) ;

Une diminution ponr les autres : Fièvre typhoïde, 31 au lieu de 37 ; Rougeole, 30 au lieu de 40 ; Diphthérie, 37 au lieu de 44.

Cependant la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse pour la Fièvre typhoïde un nombre d'admissions qui a passé brusquement de 50, chiffre relevé au dernier Bulletin, à 107, pour la période du 23 au 29 avril.

COURRIER

Académie des sciences. — L'Académie des sciences a procédé, le lundi 7 mai 1883, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de Sédillot.

Au premier tour de scrutin, 57 votants, majorité 29 : M. Richet obtient 22 voix, M. Brown-Séquard 18, M. Jules Guérin 14, M. Sappey 2, M. Charcot 1.

Au deuxième tour, 58 votants, majorité 30 : M. Richet obtient 52 voix, M. Brown-Séquard 23, M. Jules Guérin 3.

M. Richet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre titulaire.

L'homme au vernis. — Un de nos abonnés, M. le docteur E. Barré, nous donne des nouvelles de cet habile voleur, dont nous avons parlé dans notre numéro du 3 mai, et qui est venu deux fois chez lui, heureusement sans succès.

Notre confrère se plaint par la même occasion, et à juste titre, des courtiers que nous envoient trop souvent les libraires, et qui viennent se mêler à nos clients et nous faire perdre inutilement un temps précieux. C'est, en effet, un procédé fort importun que certains libraires emploient pour nous faire acheter leur marchandise.

Excursion scientifique. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 13 mai, dans la forêt de Saint-Germain.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à 11 heures 35 minutes.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 12 mai 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Élection du Secrétaire général. — 2° Diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur, par M. Duroziez. — 3° De quelques troubles du système nerveux chez les enfants, par M. Dubrisay. — 4° Communications diverses.

Ecole pratique. — *Application thérapeutique de l'électricité.* — M. le docteur Apostoli commencera son cours le mercredi 16 mai prochain, à 3 heures, amphithéâtre n° 3, pour le continuer les mercredis suivants, à la même heure.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Co, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ

LEÇONS SUR LE STRABISME

Faites à l'Hôtel-Dieu par le professeur Panas,
recueillies par F. de Lapersonne, interne du service (1).

Strabisme alternant. — Jusqu'ici, nous n'avons étudié que le strabisme latent et le strabisme périodique ; mais bientôt, une fois déclarée, la déviation se fixe sur un œil, et, comme nous l'avons déjà dit, au point de vue purement optique le strabisme est monoculaire. Entre ces deux variétés, on peut placer une petite classe intéressante, c'est le strabisme alternant. Les malades vous disent qu'ils regardent indifféremment, tantôt avec un œil, tantôt avec l'autre : c'est qu'en effet, leur acuité visuelle étant à peu près égale des deux côtés, ils n'ont pas de raison de se servir plus spécialement d'un de leurs yeux. Pour que cette variété, relativement rare, puisse exister, il faut que les deux rétines soient également sensibles ; que l'amétropie soit à peu près égale des deux côtés ; qu'il y ait enfin un balancement des forces musculaires. Dans ces conditions, il importera peu d'opérer un œil ou l'autre, et par l'opération vous rendrez au malade, non seulement la rectitude des deux yeux, mais aussi, avec un peu d'exercice, la vision binoculaire. Immédiatement après la ténotomie, ces malades se plaignent de diplopie, ce qui est un bon signe au point de vue du résultat final, si vous arrivez à corriger ce trouble par les exercices gymnastiques.

J'ai fait, à propos du strabisme alternant, une remarque qui m'est absolument personnelle et qui m'a été suggérée par l'étude des résultats que j'ai obtenus chez

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 mai.

FEUILLETON

CAUSERIES

Sommaire. — M. Clémenceau et les récidivistes. — Comme quoi il y a plus de médecins que de tout autres gens de métiers. — Une leçon de botanique donnée par un Chinois.

M. Clémenceau a prononcé l'autre samedi, à la Chambre, sur la question des récidivistes, un discours où il a totalement oublié qu'il était médecin ; il a semblé ne penser qu'à une chose, c'est qu'il était homme politique, que son arrondissement était celui où la graine de récidivistes était peut-être en plus grande abondance, et qu'il fallait combattre la transportation de ses électeurs présents ou futurs. C'est là une manière d'envisager la question qui peut se défendre, et que l'orateur a défendue avec talent. Les arguments qu'il a fait valoir ne manquent certainement pas de valeur.

« Si coupable que soit le récidiviste, a-t-il dit, c'est encore un homme, comme le disait Sénèque de l'esclave. » Bien après Sénèque, mais avant M. Clémenceau, nous avons dit aussi, dans notre dernière *Causerie,* qu'il fallait ménager ces existences humaines, quand même on n'en priserait pas bien haut la valeur morale. Ce sont des hommes, et il faut les traiter comme des hommes. M. Clémenceau demande donc qu'on essaie de moraliser les futurs récidivistes, qui sont encore enfants, les arracher à la rue, où ils se dépravent, et les recueillir dans des établissements où ils seront instruits et élevés. Cela, dit-il, vaut mieux que d'enlever de France quelques milliers de récidivistes.

mes opérés. Vous savez que la ténotomie diminue fatalement la force d'un muscle : aussi, dans la variété qui nous occupe, il est bon, il est même nécessaire, de faire une ténotomie *partielle* de chaque côté. On peut ainsi répartir entre les deux yeux la diminution de force musculaire qui est la conséquence obligée de l'opération.

La nécessité de partager l'effet correcteur, dans le cas de strabisme alternant, ne paraît pas avoir été mis en lumière ni par Græfe, ni par les autres auteurs, et j'avoue que, moi-même, j'ai été longtemps sans savoir son importance capitale.

Ces jours derniers, je vous ai montré les conséquences de cet affaiblissement musculaire. Je vous ai montré une jeune institutrice que j'ai opérée, il y a quelques années; elle avait un strabisme interne alternant, avec acuité visuelle à peu près égale pour les deux yeux. Je lui ai fait une strabotomie *complète* des droits internes : il en est résulté un double strabisme externe. De là, nécessité d'une nouvelle opération, l'avancement du tendon, qui n'est pas parvenue à corriger entièrement la déviation oculaire et sa conséquence directe, la diplopie.

STRABISME CONFIRMÉ. — *Strabisme interne.* — Les statistiques démontrent la fréquence beaucoup plus grande du strabisme convergent, et cela, dans une proportion considérable. De plus, le strabisme interne est très souvent lié à l'hypermétropie; Donders, qui a établi le premier cette corrélation, a donné comme moyenne 70 fois sur 100. D'après des statistiques plus récentes, nous voyons que Schweigger a trouvé seulement 66 hypermétropes sur 100 sujets atteints de strabisme convergent ; Ibler donne 88 pour 100 ; enfin Schneller donne une proportion bien moindre : 45 pour 100. Ces chiffres vous permettent de voir que l'hypermétropie ne conduit pas fatalement au strabisme interne; ce qu'il était facile de prévoir, en tenant compte de la fréquence de ce vice de réfraction, qui, à un léger degré, est presque l'état normal. Dans la série animale, la petitesse de l'axe antéro-postérieur est la règle.

Donders avait reconnu ce fait; aussi avait-il établi trois classes d'hypermétropes. Les cas légers, qui ne dépassent pas 0,50, 0,75 ou 1 dioptrie convexe ; les hypermétropes moyens, et les hypermétropes forts, ceux que corrigent seulement 4 à 6 dioptries convexes et au-dessus. C'est dans le groupe moyen que l'on trouve le plus grand nombre de strabiques. Il paraît étonnant, au premier abord, que les hypermétropes forts ne deviennent pas communément strabiques. C'est qu'ils peuvent être considérés comme amblyopes, ayant une amplitude d'accommodation très faible.

Comparaison, lui répondrai-je, n'est pas raison. Les deux choses sont bonnes. Qu'on essaie de moraliser, d'instruire, d'élever les enfants abandonnés que la misère ou l'immoralité des parents jette à la rue, rien de mieux; ce sont de futurs récidivistes dont on pourra peut-être changer les destinées et faire d'honnêtes gens; mais il n'est pas moins bon de nous débarrasser des milliers de récidivistes actuels qui grouillent dans nos grandes villes, et qui, âgés de 18 à 60 ans, resteront probablement toute leur vie rebelles à tout essai de régénération morale. Si cependant on veut encore tenter de les moraliser, de les régénérer, je pense qu'il vaut mieux le faire aux antipodes que chez nous. *Primo non nocere*, disaient nos vieux maîtres et ceux de M. Clémenceau. Et nous traduirons « qu'ils commencent par ne pas nous nuire », comme on disait à ceux qui demandaient l'abolition de la peine de mort : « Que Messieurs les assassins commencent. »

Ce respect de l'humanité, qui paraît peser si fort dans l'argumentation de M. Clémenceau, est d'ailleurs plus apparent que réel. En demandant la transportation des récidivistes, j'ai dit qu'il fallait non les parquer dans des établissements pénitentiaires, mais les employer à l'assainissement des pays où ils seraient transportés. Or, qui donc jusqu'ici a fait les frais de cet assainissement? Qui a fait de l'Algérie le pays merveilleux qu'admirent tous ceux qu peuvent le visiter? Qui a changé ses marais meurtriers en plaines fécondes et salubres? Qui a fait de Saïgon, infectée par le paludisme, une ville propre et salubre? Et qui enfin a payé, au prix de milliers d'existences, toutes ces améliorations? Notre infanterie de terre et de marine. Est-ce que M. Clémenceau, qui aime tant les comparaisons, pourra mettre en parallèle la vie des récidivistes et celle de ces admirables soldats qui ont maintenu l'honneur de notre pavillon partout où ils ont passé? Les mettre en parallèle, c'est possible, mais à la condition de conclure que la vie de nos soldats vaut mieux que celle des récidivistes, et qu'il faut employer ceux-ci à faire les travaux que ceux-là ont fait seuls jusqu'alors.

Ces malades se contentent de voir mal et ne font pas des efforts inutiles. Les hypermétropes moyens, au contraire, accommodent toujours depuis l'horizon jusqu'au point le plus rapproché, et dans cette lutte continuelle pour la vision, qui, elle aussi, est une lutte pour la vie, il arrivera un moment où ils auront de l'asthénopie accommodative; ceux-là deviendront strabiques. En effet, Donders a établi que la force du muscle ciliaire est en raison directe de la force de convergence, dans une certaine mesure. Supposez un hypermétrope qui veut voir un objet placé sur la ligne médiane, à 0,20 centimètres, il va faire appel à toute sa force de convergence : si, malgré cela, il ne peut pas arriver à voir l'objet distinctement, il se passera ceci ; l'un de ses yeux va abandonner le point de mire, se portera beaucoup plus en dedans, augmentant ainsi le degré d'accommodation et rapprochant le punctum proximum de l'œil opposé. Dans cette lutte accommodative, il semble, d'après Donders, que l'un des yeux s'est sacrifié pour permettre une vision distincte du point de mire.

Il existe aujourd'hui une réaction contre les idées émises par ce savant ophthalmologiste. On s'est dit que les yeux ne pouvaient guère, en dehors des actes volontaires, avoir que des mouvements associés et purement instinctifs. Du reste, l'œil qui louche le plus est généralement le plus mauvais, le plus amblyope, ou bien il est plus amétrope, souvent même il présente de l'astigmatisme. Donders avait vu tout cela, mais il l'avait considéré comme une cause accessoire de la déviation.

Schweigger admet que, dans le plus grand nombre de cas, l'amplyopie est primitive. En effet, si chez un enfant de 5 ans vous trouvez une différence de 3/4 entre la sensibilité des deux rétines, il est bien difficile d'admettre que la perte de la sensibilité ait été aussi rapidement la conséquence de la déviation.

J'admets volontiers qu'il existe deux classes de strabiques : chez les uns, l'amblyopie est secondaire; chez les autres, elle est primitive. A l'appui de l'opinion de Donders, je puis vous citer le fait suivant qui est très caractéristique. J'ai vu, il y a quelques années, un malade strabique depuis son enfance et présentant une amblyopie très marquée de son œil dévié. A la suite d'une insolation, il perd complètement la vue de son bon œil, par névrite rétro-bulbaire. Depuis cette époque, la vue de l'œil dévié s'est améliorée progressivement, et maintenant il y a une acuité visuelle presque normale, après plus de vingt ans de repos ou d'inaction relative des fonctions de cette rétine.

Mais il n'est pas douteux qu'il doive exister autre chose que l'hypermétropie comme cause du strabisme convergent. Déjà, il y a dix ans, je n'acceptais pas toute

---

Aussi bien la politique et la médecine sont d'accord pour prendre un parti à leur égards La politique ayant décidé qu'un point quelconque du globe, non encore occupé, doit l'être par nous, la médecine intervient et dit : En arrivant dans ce pays, vous allez avoir à combattre trois ennemis : les habitants, la fièvre, les besoins corporels : faim et soif, chaud ou froid. Les habitants ne sont pas bien terribles, mais vous aurez à peine mis pied à terre, à peine remué quelques pelletées de terre, que la fièvre vous attaquera, peut-être la soif, peut-être le froid. Donc, ce ne sont pas les soldats qui vous seront le plus utiles, mais ceux qui pourront vous mettre à l'abri d'autres ennemis bien autrement redoutables, la fièvre surtout. La force militaire ne peut rien contre elle; ce qu'il faut, ce sont des abris sains et de la quinine. Ici interviennent les médecins d'abord, les récidivistes ensuite.

Les médecins indiqueront au chef de l'expédition, parmi les endroits essentiels à occuper au point de vue stratégique, ceux qui sont les moins exposés à donner la fièvre; alors le. récidivistes, sous la garde des soldats, pourront construire les établissements nécessaires; d'abord un hôpital, puis les travaux de défense, ou *vice versa*. Pendant ces travaux, les malades pourront être recueillis à bord des vaisseaux.

Il y a une grande différence entre la vie du pénitencier et celle que pourront avoir alors les récidivistes; on peut et on doit en faire des soldats; embrigadés suivant leurs forces physiques et leurs aptitudes professionnelles, encadrés solidement dans l'infanterie de marine, partageant sa discipline et son genre de vie, mais non ses armes, si l'on veut, on pourra en faire d'excellents ouvriers. Qu'ils soient dans une île, comme à la Nouvelle-Calédonie, ou sur un continent comme à la Guyane, ils seront entourés d'ennemis naturels, les indigènes, et ils n'auront que peu de velléités de s'échapper de la région placée sous la protection des soldats; on pourra par conséquent leur laisser une certaine liberté, chose inappréciable pour des

entière l'opinion de Donders, et je disais qu'il faut attribuer une importance assez grande à l'étude de la musculature. C'était aussi l'opinion de M. Giraud-Teulon. Cet auteur allait même plus loin, puisqu'il admettait chez les hypermétropes une asthénopie originelle du droit externe, comme il existe une asthénopie du droit interne chez les myopes.

Cette étude de la musculature, reprise avec beaucoup de soin et au moyen des procédés que je vous ai décrits, a donné des résultats très importants. Il s'est formé une nouvelle école qui est revenue à la théorie des anciens auteurs, de Saint-Yves, par exemple; ils admettaient, comme vous savez, que le strabisme est dû à la prédominance d'un muscle sur l'autre. Schweigger a fait remarquer avec raison que l'hypermétropie ne suffisait pas pour expliquer l'existence de strabismes opposés, divergents chez les hypermétropes, convergents chez les myopes. Mais il est arrivé à une conclusion très inattendue, c'est que le strabisme est dû à la prédominance *élastique* d'un muscle sur l'autre.

Avec Snellen, nous ne pouvons admettre cette conclusion; l'élasticité étant une propriété purement physique. Ce qui est certain, c'est qu'à proprement parler, il n'y a ni paralysie ni spasme musculaire dans le strabisme. Pour expliquer le raccourcissement d'un muscle et l'allongement de son antagoniste, ne doit-on pas faire entrer en ligne de compte, non pas l'élasticité, mais la tonicité de ce muscle? En outre, étant donné le même nombre de fibres musculaires, leur degré de tension ne va-t-il pas jouer un rôle dans l'énergie de la contraction musculaire?

A côté de la musculature, à côté du degré d'hypermétropie, il faut savoir quelle est l'amplitude de l'accommodation. M. Javal (1), qui a bien fait ressortir cette influence de l'accommodation, a voulu trop généraliser et donner à ce facteur le rôle prépondérant. Pour lui, si le muscle ciliaire est puissant, il vaincra la résistance qu'il trouve du fait même de l'hypermétropie; il n'y aura pas de tendance à l'asthénopie accommodative ni au strabisme convergent.

Ulrich, de Strasbourg (2), a fait remarquer que la faiblesse relative ou absolue d'un muscle, que l'insuffisance de l'accommodation n'étaient pas les seuls éléments de la question si complexe de l'étiologie. En effet, tous les sujets n'ont pas

(1) Javal. *Annales d'oculistique*, 1871, t. 65 et 66.

(2) Ulrich. Zur Aetiologie des Strabismus convergens. *Klinik Monatsb. für Augenh.* Stuttgard, 1880. XVIII, 156-165.

---

individus condamnés à rester en France dans une prison presque perpétuelle. Plus tard, quand les travaux de défense de la jeune colonie seront achevés, on pourra laisser les récidivistes se livrer pour leur propre compte à leurs travaux professionnels. Placés entre la nécessité de travailler et la misère ou les pelotons de discipline, car ils n'auront plus la ressource de voler, ils travailleront, et c'est ainsi que la régénération morale des récidivistes s'accomplira d'elle-même. Les enfants peuvent avoir besoin de la société pour se régénérer, comme le demande M. Clémenceau; quant aux adultes, ils ne le pourront que si on les soumet à l'alternative que je viens d'indiquer, — le travail ou la misère noire.

*
* *

J'ai reçu, au sujet d'une affaire d'accouchement suivi de la mort de la mère et de l'enfant, en Alsace, une brochure que je remercie mon honorable correspondant d'avoir bien voulu m'envoyer, mais dont je regrette de ne pouvoir parler ici, pour deux raisons. D'abord les détails de l'autopsie sont trop concis pour qu'on puisse se faire une idée exacte des dégâts commis dans le petit bassin et de leurs causes; ensuite parce que l'affaire est trop sérieuse pour être discutée dans une simple causerie.

*
* *

Simplissime est cependant sérieux à ses heures; on n'est pas obligé, pour rendre une conversation intéressante, de toujours parler de choses légères; la question des récidivistes le prouve bien; non que je croie avoir été intéressant, mais comme la question a un côté médical qui m'intéresse, je pense qu'elle fait de même pour mes lecteurs, et qu'ils ne sont pas fâchés de connaître ma pensée à ce sujet.

au même degré la propriété de faire abstraction des images fautives. Les uns, qu'ils aient un petit degré de diplopie ou bien des cercles de diffusion, peuvent en faire abstraction et ne sont pas poursuivis par cette imperfection des images; ceux-là auront peu de tendance à devenir strabiques. D'autres sujets sont poursuivis par cette diplopie fatiguante, par cette faiblesse de l'accommodation qui les empêchent de distinguer nettement les objets, aussi abandonneront-ils bien plus tôt la vision binoculaire, ils deviendront strabiques.

Comme vous le voyez, Messieurs, il n'y a pas d'unité dans l'étude du strabisme, c'est un fait capital que je désire bien mettre en lumière, et c'est le but principal de ces leçons. Je vous ai montré qu'il existait un strabisme convergent lié à l'hypermétropie sans lésion aucune de la musculature; à cette variété, nous réserverons le nom de strabisme *accommodatif*.

Il se produira de deux façons différentes : Ou bien le degré d'hypermétropie étant trop fort, le muscle ciliaire va avoir un travail considérable à produire; ou bien, le cas est plus fréquent, avec un degré d'hypermétropie assez faible, ne dépassant pas, par exemple, trois dioptries, le muscle ciliaire sera congénitalement plus faible. Il faudra donc non seulement mesurer le degré d'hypermétropie, mais aussi l'amplitude de l'accommodation. Cette variété, suivant un calcul approximatif, entre pour un quart des cas dans le nombre des strabismes convergents Vous comprendrez facilement tout l'intérêt qui s'attache à la connaissance de cette variété. La ténotomie ne doit pas être faite dans ces cas, il faut corriger l'hypermétropie par des lunettes et exercer les yeux par la gymnastique. Mais pour affirmer l'existence de ce genre de strabisme, il faut que la force des muscles reste dans les limites physiologiques : que l'adduction dépasse l'abduction de 1 à 14 degrés périmétriques; exceptionnellement, l'abduction égale l'adduction ou la dépasse de 1 à 2 degrés. Au delà de ces limites, la musculature n'est pas physiologique.

A côté du strabisme accommodatif pur, vous avez le strabisme *musculaire* sans amétropie, ou avec un degré d'hypermétropie très peu marqué. Cette variété est très rare : beaucoup plus rare encore que la précédente. J'ai pu cependant vous en montrer un bel exemple. Il est rare, en effet, que la synergie musculaire de l'œil soit atteinte lorsque toutes les autres fonctions se font normalement.

Entre ces deux variétés se place un groupe beaucoup plus nombreux qui représente à lui seul plus des deux tiers des cas. Ici l'hypermétropie et les défauts de

---

Le charlatanisme médical est une autre question intéressante que j'ai traitée sérieusement aussi; c'est pourquoi j'ai reçu la brochure dont je viens de parler; mais comme il est dans le sérieux un degré que je ne puis atteindre, j'aime mieux ne pas essayer que de m'exposer à me rompre le cou et à lasser la patience des lecteurs. Aussi bien j'ai aujourd'hui bien autre chose à leur offrir. Voici qui prouve, en effet, que la profession médicale est la plus encombrée de toutes, même exclusion faite des charlatans. C'est Laurent Joubert qui racontait cela il y a plus de trois siècles.

« On dit que le duc de Ferrare, Alphonse d'Este, mit quelquefois en propos familier de quel métier il y avait plus de gens. L'un disait de cordonniers, l'autre de couturiers, un autre de charpentiers, qui de chicaneux, qui de laboureurs. Gonelle, fameux bouffon, dit qu'il y avait plus de médecins que d'autre sorte de gens, et gage avec le duc, son maître (qui rejetait cela bien loin), qu'il le prouverait dans les vingt-quatre heures. Le lendemain matin, Gonelle sort de son logis avec un grand bonnet de nuit et un couvre-chef qui lui bandait le menton, puis un chapeau par dessus, son manteau haussé sur les épaules. En cet équipage, il prend la route du palais de Son Excellence par la rue des Anges.

« Le premier qu'il rencontre lui demande qu'est-ce qu'il a? Il répond : « Une douleur enragée de dents. — Ha! mon amy, dit l'autre, je sais la meilleure recette du monde contre ce mal-là »; — la lui dit. Gonelle écrit son nom sur ses tablettes, faisant semblant d'écrire la recette. A un pas de là, il en trouve deux ou trois qui font semblable interrogation, et chacun lui donne un remède; il écrit leurs noms comme du premier. Et ainsi poursuivant son chemin le long de cette rue, il ne rencontra personne qui ne lui enseignât quelque recette différente l'une de l'autre, chacun lui disant que la sienne était bien éprouvée, certaine et infaillible. Il écrit le nom de tous. Parvenu qu'il fut à la basse-cour du palais, le voilà environné de gens, comme

synergie musculaire se rencontrent en même temps. On peut rattacher à ce grand groupe les strabismes qui reconnaissent pour causes accessoires, l'astigmatisme, l'amblyopie unilatérale ou double, l'inaptitude à neutraliser les cercles de diffusion, l'anisométropie, les taies de la cornée, les cataractes congénitales, et, jusqu'à un certain point, les troubles de nutrition générale, l'anémie, etc.

STRABISME DIVERGENT. — Je n'ai que quelques mots à vous dire de cette variété. Elle est beaucoup plus simple puisque nous n'avons pas à nous préoccuper de l'élément accommodatif. Nous avons toujours affaire à des strabismes musculaires.

Dans le plus grand nombre de cas, le strabisme divergent est lié à la myopie; il n'existe guère qu'une exception pour les yeux amblyopes ou amaurotiques, qui se dévient peu à peu en dehors. Quel rapport existe-t-il entre la myopie et la musculature? Nous retrouvons ici l'application de ce que je vous ai dit à propos de la physiologie. Les myopes ayant un point de mire très rapproché vont avoir un degré de convergence considérable. Cette convergence va être augmentée par la position externe de l'angle α : notez aussi que la forme ellipsoïde de ces yeux gêne la rotation du globe. Ils auront bientôt de l'asthénopie du droit interne : celle-ci se reconnaît à la douleur fixe à la racine du nez et à la diplopie; plus tard ils deviennent strabiques.

Cette variété est plus rare que le strabisme convergent, du moins en France, où la proportion des myopes n'est pas prédominante. Pour qu'un strabisme se développe, il faut, d'après les recherches de Schneller, que la prédominance des droits externes ne soit pas moindre que 15° à 18° sur des yeux normaux et emmétropes. Mais cette proportion diminue beaucoup par le concours des causes adjuvantes que avons citées plus haut, à propos du strabisme convergent.

Un fait d'expérience c'est que l'opération ne donne pas de bons résultats, lorsqu'elle est faite longtemps après le début de l'affection chez les myopes. C'est donc, autant que possible lorsque le strabisme est encore latent, au moment de l'asthénopie musculaire, qu'il faut commencer le traitement, soit par l'emploi du prisme ou du stéréoscope, soit par la strabotomie.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

---

il était connu de tous, qui, après avoir entendu son mal, lui donnèrent à force recettes, que chacun disait être les meilleures du monde. Il les remercie et écrit leurs noms aussi.

« Quand il entre en la chambre du duc, Son Excellence lui crie de loin : « Eh! qu'as-tu, Gonelle? » Il répond tout piteusement et en marmiteux : « Mal de dents le plus cruel qui fût jamais. » — Adonc Son Excellence lui dit : « Eh! Gonelle, je sais une chose qui te fera passer incontinent la douleur, encore que la dent fût gâtée; messer Antonio Musa Brassavolo, mon médecin, n'en pratiqua jamais une meilleure. Fais ceci et cela, incontinent tu seras guéri. » — Soudain Gonelle jeta bas sa coiffure et tout son attirail, s'écriant : « Et vous aussi, Monseigneur, êtes médecin! Voyez-en mon rôle, combien d'autres j'en ai trouvé depuis mon logis jusque au vôtre. Il y en a près de deux cents, et je n'ai passé que par une rue. Je gage d'en trouver plus de dix mille en cette ville, si je veux aller partout. Trouvez-moi autant de personnes d'autre métier. »

***

Les choses n'ont pas changé depuis trois siècles. Tout le monde se croit plus ou moins médecin. Alors que les médecins divisent leur profession en une multitude de spécialités, sous prétexte que la médecine est trop vaste, le premier venu, qui a pourtant bien assez déjà de sa profession, se croit un grand clerc en médecine. Les gens d'esprit eux-mêmes n'échappent pas à ce travers, si l'on en croit ce dernier écho de l'oraison funèbre d'Auguste Barbier, dans l'*Illustration* :

Un des *menus-faits* de la vie d'Auguste Barbier, ce fut la visite que lui fit M. François Coppée pour lui demander sa voix.

L'auteur du *Passant* n'avait jamais vu l'auteur des *Iambes*. Il fut un peu surpris d'aperce-

BIBLIOTHÈQUE

Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée : par Morell-Mackenzie, médecin en chef de l'hôpital des maladies de la gorge et de la poitrine à Londres, professeur de laryngologie, etc. Traduit de l'anglais par MM. les docteurs E.-J. Moure, professeur libre de laryngologie et d'otologie, et Francis Bertier, d'Aix-les-Bains. — Paris, Octave Doin, éditeur (1).

Dans la première partie de son livre, l'auteur a traité spécialement des maladies du pharynx, et en particulier de la diphthérie. Cette première partie, dont l'analyse a été mise sous les yeux des lecteurs de l'*Union médicale*, a montré des connaissances profondes et un grand talent d'exposition. La deuxième ne lui est point inférieure; elle a pour sujet les maladies du larynx, et nous appelons toute l'attention de nos confrères sur ce remarquable travail.

L'auteur commence cette partie en nous donnant l'anatomie du larynx. Les auteurs anglais ont assez généralement l'habitude de décrire anatomiquement les organes dont ils vont étudier les maladies. Cette habitude est souvent excellente; elle était surtout imposée dans le cas qui nous occupe. Cette description très complète, en harmonie avec les travaux contemporains, et s'appuyant sur les études personnelles de l'auteur, ne saurait être trop méditée par les médecins qui se livrent au traitement des maladies de l'organe si délicat et si complexe de la voix.

Il était naturel ensuite de décrire largement le laryngoscope, et c'est ce que l'auteur a fait, après un court et curieux historique, où l'on voit l'accoucheur français, Levret, et Manuel Garcia jouer un rôle important. Rien ne manque aux détails de la description du laryngoscope, envisagé dans toutes ses formes, dans ses moyens d'éclairage, et de celle de la laryngoscopie, avec ses procédés opératoires. L'auteur a versé dans cet utile chapitre le tribut de sa vaste expérience, de manière à offrir un guide sûr dans l'exercice de cette branche de l'art de guérir. Les dessins qui éclairent les descriptions sont nombreux; ils présentent en particulier les instruments laryngiens, pinceaux pour le croup, porte-éponge, etc., etc., parmi lesquels nous apercevons plusieurs instruments intéressants créés par l'auteur. Il y a là tout un arsenal très curieux, qu'il faut connaître.

L'utilité de ces instruments est démontrée par les résultats qu'on en retire pour le diagnostic et le traitement local des maladies du larynx, et qui sont mis en lumière par l'auteur dans les chapitres consacrés à ces maladies; ces chapitres de pathologie et de thérapeutique spéciales sont nombreux et constituent tout un traité de médecine et de chirurgie laryn-

(1) Voir le numéro du 11 janvier de l'Union Médicale.

---

voir ce petit marguillier souriant qui l'accueillit avec une politesse bourgeoise et qui lui demanda tout à coup :

— Vous êtes enrhumé ?

Coppée toussait, en effet.

— Oui, légèrement.

— Oh ! il n'y a pas de légèrement. Vous allez rentrer. Vous vous coucherez. Vous vous ferez faire une infusion de bourrache bien chaude et vous tâcherez de transpirer. J'étais enrhumé, l'autre jour. Une dame m'a donné ce conseil, je l'ai snivi, et je m'en suis trouvé bien !

Conclusion : Si vous voulez arriver à l'Académie (pas de médecine) ayez l'air souffrant, provoquez une consultation des Académiciens que vous visiterez, écoutez-les avec respect, faites-leur le jour du vote une nouvelle visite dans laquelle vous leur direz que vous êtes guéri grâce à leur bons conseils, et si vous n'êtes pas nommé, c'est que la nature humaine aura bien changé d'ici là.

***

Vous savez que les Chinois ne manquent ni d'esprit ni de savoir, et que beaucoup d'entre eux sont au courant de ce qui se passe dans nos sociétés savantes. Aussi nos savants feront-ils bien de ne pas citer la Chine sans s'être sérieusement renseignés au préalable sur ce qu'ils ont à en dire.

Dans une réunion du cercle d'horticulture et de botanique du Havre, un orateur avait dit : « En Chine, les femmes se servent d'une fleur pour teindre leurs sourcils et leurs cheveux, et les hommes pour noircir leurs souliers. »

giennes : Laryngite catarrhale, laryngite œdémateuse, laryngite traumatique, abcès du larynx, laryngite chronique, laryngite chronique glandulaire, phlébectasie du larynx, hypertrophie des cordes vocales, laryngite chronique sous-glottique, œdème chronique du larynx, polypes du larynx, tumeurs malignes du larynx, syphilis du larynx, phthisie laryngée, périchondrite du larynx et nécrose des cartilages, lupus du larynx, lèpre du larynx, fractures et luxations des cartilages du larynx, luxations du larynx, éversion des ventricules, fractures et luxations de l'os hyoïde, plaies du larynx, brûlures du larynx, corps étrangers du larynx, anesthésie du larynx, hyperesthésie, paresthésie et névalgie, paralysie laryngée due à une lésion médullaire, paralysie laryngée par suite de lésion du nerf spinal accessoire, paralysie laryngée par lésion du nerf pneumogastrique, paralysie laryngée par lésion du nerf laryngé supérieur, paralysie laryngée par lésion du nerf laryngé inférieur, paralysies isolées des muscles du larynx, atrophie des cordes vocales, ankylose des articulations aryténoïdiennes, spasme de la glotte, toux nerveuse laryngée, spasme des muscles tenseurs des cordes vocales, chorée du larynx, vices de conformation du larynx.

Dans cette collection, que l'on est tenté d'appeler innombrable, de sujets pathologiques se rapportant à un seul département de l'économie humaine, il n'y a rien qui n'intéresse hautement le médecin praticien. Mais ne pouvant nous appesantir sur tous ces chapitres, nous avons pris le parti de les citer, afin que nos confrères puissent voir ce qu'ils peuvent trouver dans un recueil aussi complet que consciencieux. On remarquera surtout dans cette seconde partie du traité de M. Morell Mackenzie, tout ce qui est relatif au laryngoscope et à la laryngoscopie, la véritable monographie des polypes du larynx, la syphilis du larynx, la phthisie laryngée et les paralysies dues à des lésions de la moelle et de nerfs, c'est ici aussi le lieu de citer le tableau où notre savant confrère a réuni 19 cas d'extirpation du larynx : « Sur ces 19 cas, 1 malade mourut, six semaines après l'opération, d'une péricardite produite par le passage dans le médiastin d'une bougie destinée à dilater l'œsophage qui après l'opération était devenu le siège d'un rétrécissement cicatriciel ; huit malades moururent de collapsus ou de pneumonie dans les quinze jours qui suivirent, c'est-à-dire directement après l'opération ; un le deuxième jour, un autre le troisième jour et un le quatrième jour ; deux le cinquième jour, un après *quelques jours*, un le onzième jour, et le dernier après quatorze jours. La récidive eut lieu dans 7 cas quelques mois après l'opération, c'est-à-dire une fois trois mois, une fois quatre mois, deux fois six mois et une fois sept mois, neuf mois et dix mois après l'opération. Trois malades guérirent l'un d'un carcinome, et 2 de sarcomes ; dans 1 des derniers cas, le malade mourut dix-huit mois après l'opération de phthisie pulmonaire et trachéale. Dans ces 3 cas, la maladie était absolument limitée au larynx, tandis que dans beaucoup d'autres les tissus voisins étaient aussi englobés. Nous avons déjà montré que d'après la structure du système lymphatique dans le larynx, les tumeurs cancéreuses de cet organe n'infectent pas rapidement la constitution. Ce fait est en faveur de l'extirpation du larynx lorsque le néoplasme est limité à cette cavité. Dans tous les cas, c'est un des grands triomphes de la chirurgie moderne

---

Un Chinois, peut-être plus français que chinois, crut devoir rectifier. Il fit très judicieusement remarquer que dans son pays les hommes et les femmes ont les sourcils, les cheveux et la barbe d'un noir absolu ; qu'ils n'ont donc pas besoin, comme les Européens, d'employer un subterfuge pour obtenir cette teinte, et il ajoute :

« Nous ne cirons jamais nos chaussures pour l'unique raison qu'elles sont presque toutes en étoffe de soie et quelques-unes seulement en chevreau, piquées de soie de différentes nuances. Enfin, la plante dont parle si savamment l'honorable secrétaire en question ne produit pas de fleurs proprement dites. C'est une espèce de cactus à larges feuilles très épaisses et d'un vert foncé. En ouvrant avec un couteau ces feuilles dans le sens de leur épaisseur, on y trouve une matière gommeuse incolore, très adhérente lorsqu'elle est sèche. C'est de cette gomme que nos femmes seules se servent pour maintenir leurs cheveux.

« Je crois, monsieur le rédacteur, qu'une Société *savante* ne devrait pas lancer des canards semblables dans le public, fût-ce même des canards mandarins, fût-ce même le 1er avril. »

Ce canard de 1er avril me paraît bien parisien, pour un simple Chinois.

SIMPLISSIME.

HÔPITAL DE BERCK-SUR-MER. — Le 11 juin 1883, *à une heure précise*, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à deux places d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Le registre d'inscription restera ouvert de onze heures à trois heures, depuis le 10 Mai 1883 jusqu'au 25 du même du même mois, inclusivement.

d'avoir pu sauver trois malades sur dix-neuf (15,7 pour 100) d'une mort certaine. » Les traducteurs du livre de M. Morell Mackenzie ont ajouté une nouvelle statistique à celle donnée par l'auteur, qui porte à 18 p. 100 le nombre des guérisons,

Ce qui distingue ce livre, c'est l'abondance des renseignements recueillis par l'auteur dans sa pratique et ses observations personnelles, ce qui en fait un livre tout à fait original. Il serait injuste de ne pas ajouter que ces matériaux ne sont pas seulement abondants, mais qu'ils sont de plus appréciés avec une habile critique et éclairés d'une vive lumière.

Dans un dernier article, nous achèverons de rendre hommage au mérite de cette publication en faisant connaître à nos lecteurs la troisième partie, qui traite des maladies de la trachée.

G. Richelot père.

JOURNAL DES JOURNAUX

Ponction dans l'obstruction intestinale, par Worthington. — Un paysan de 28 ans, qui avait déjà présenté à plusieurs reprises de la constipation et des vomissements, souffrait d'une obstruction intestinale complète. Abdomen distendu à un haut degré; vomissements stercoraux; douleur intense à la région ombilicale. On ne trouvait pas trace de hernie. Ces symptômes allèrent s'aggravant durant 6 jours, malgré l'opium, les lavements, les fomentations, les applications de glace. Avant d'en venir à la laparotomie, Worthington pratiqua une ponction à l'aspirateur un peu à gauche et au-dessus de l'ombilic. Une grande quantité de gaz et un liquide fécaloïde trouvèrent leur issue, et on observa du gargouillement intestinal. Quelques heures après, le malade rendait des gaz et avait deux selles liquides. L'amélioration se dessinait dès lors, et on put constater l'existence d'une petite hernie inguinale directe, cause de tout le mal. (*Brit. med. Journal*, juillet 1882, et *London med. Record.*)

La Belladone dans la hernie étranglée, par Battin.—Deux cas dans lesquels l'usage interne de la belladone a amené la cessation d'accidents graves d'étranglement. Chez un vieillard de 79 ans, une hernie inguinale ancienne s'était étranglée, et le patient refusait le chloroforme et toute opération. On prescrivit la teinture de belladone, 80 centigrammes toutes les demi-heures. Au bout de 3 heures, les premiers symptômes d'intoxication se montraient et la hernie se réduisait d'elle-même. Une récidive, quinze jours après, cédait à l'emploi du même moyen. Même succès chez un jeune homme de 19 ans, porteur d'une hernie datant de l'enfance. La belladone fit ce que le taxis, le bain chaud et le chloroforme n'avaient pu réaliser. A la quatrième dose, le sommeil venait, et deux heures après on trouvait la hernie réduite. La belladone, dans la pensée de l'auteur, agirait sur les vaisseaux en les décongestionnant, et sur la musculature de l'intestin en déterminant une contraction salutaire (*Brit. med. journ.* id.)

Syphilis de la glande lacrymale, par Streatfield. — Sur un sujet qui niait toute syphilis antérieure, mais qui portait une syphilide papulo-squameuse du front. L'élévation complète de la paupière supérieure gauche était entravée par la présence d'une petite tumeur dure, aplatie, lobulée, correspondant bien au siège de la glande lacrymale. Elle était d'ailleurs indolore. Dans l'angle interne de l'œil droit siégeait tout contre le canal lacrymal une petite tumeur du volume d'un pois, ayant l'aspect d'une papule plate. Le traitement mercuriel fit disparaître l'une et l'autre. (*Brit. med. J.*, 30 septembre 1882.).

Cyclopie chez l'homme, par Tarenezky. — La cyclopie, ou polyphémie, ou monophthalmie est caractérisée par l'existence d'un seul orbite sur la partie médiane du front, avec un seul œil et des rudiments du second. L'auteur a étudié cette monstruosité sur 10 sujets, et a analysé un assez grand nombre d'observations connues dans la science. La majorité des cyclopes est née à terme, jamais avant le sixième mois de la grossesse, presque toujours mort-nés, ou ne vivant que quelques minutes ou quelques heures après la naissance. On en a cependant cité qui ont vécu 8 jours, 9 jours, et même 10 ans (Lavadel-Schœn). Les deux tiers sont des filles. Le reste du corps est généralement bien développé; on a mentionné l'absence de doigts ou d'orteils, le pied valgus ou équin, des anomies viscérales.

Le point de départ de la cyclopie remonterait à la deuxième, troisième semaine de la vie utérine; elle serait due à une affection du crâne ou de l'œil primitivement; pour d'autres, de l'encéphale ou des méninges, ou encore à une compression exercée par les membranes amniotiques (*Mediz. Bibl.*, et *London med. Record.*, 15 juillet 1882).

Eclampsie et coqueluche, par E. Dixon. — Une seule observation, et peu probante, par laquelle l'auteur cherche à établir la parenté étiologique des deux affections. Un enfant de 4 ans, atteint de pneumonie lobaire gauche, fut pris d'accès éclamptiques qui se répétèrent

pendant une huitaine de jours. Ces accès cessèrent, et dans la convalescence de la pneumonie apparut la toux de la coqueluche. L'éclampsie, au sens de l'auteur, aurait été symptomatique de la coqueluche, non de la pneumonie : hypothèse que l'évolution clinique justifie difficilement. Différemment, les deux affections seraient dues à un poison nervin commun. (*The Practitioner*, novembre 1882).

Migraine avec paralysie de la troisième paire, par SAUNDLEY. — Une jeune femme, sujette à la migraine depuis l'âge de 12 ans, présente, chaque fois que ses accès se reproduisent, une paralysie complète de la troisième paire gauche. Cette paralysie disparaît en quelques jours, mais il reste en permanence un certain degré de ptosis, une paralysie complète du droit supérieur, une légère dilatation de la pupille et de la diminution de l'acuité visuelle. A tout autre égard, la patiente jouit de la meilleure santé, présente même une forte complexion et n'a jamais eu d'attaques d'aucune sorte. (*The Lancet*, 2 septembre 1882.)

R. LONGUET.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 mai 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

L'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Sédillot, avait attiré un nombreux public à la séance. A quatre heures précises, M. le Président déclare que l'ordre du jour appelle le scrutin, impatiemment attendu.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de l'ordre de présentation des candidats par la section :

En première ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : M. Brown-Séquard et M. Richet ; — en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Alphonse Guérin, Jules Guérin et Sappey.

Au premier tour, sur 57 votants, majorité 29 : M. Richet obtient 22 suffrages ; M. Brown-Séquard, 18 ; M, J. Guérin, 14 ; M. Sappey, 2 ; et M. Charcot, 1.

Au second tour, sur 58 votants, majorité 30 : M. Richet obtient 32 suffrages ; M. Brown-Séquard, 23 ; M. Jules Guérin, 3.

En conséquence, M. Richet est élu.

Nous sommes heureux, pour notre part, de ce résultat, et nous offrons au nouvel académicien nos sincères félicitations pour cet honneur bien mérité.

Avant l'élection, M. le Secrétaire perpétuel avait mentionné, parmi les pièces de la correspondance :

Une lettre d'un anonyme qui propose de guérir le choléra au moyen de la lumière électrique. En plongeant le malade dans le rayonnement de la pile, on créerait autour de lui une atmosphère chargée d'ozone qui tuerait rapidement tous les germes morbides, et la guérison serait obtenue.

Une note de M. Schneider qui a découvert un entozoaire nouveau.

La description d'un dynamographe enregistreur du travail des machines, présentée par M. du Moncel.

Des tableaux de la température mensuelle des eaux du golfe de Naples, envoyés par M. Semmola. Il en résulte qu'au mois de janvier la température des couches superficielles de la mer est de 13 à 14°, et qu'au mois de juin elle est de 21 à 23°.

Une lettre de M. Dastre informe l'Académie que la note présentée dans la dernière séance sur la terminaison des conduits biliaires dans les lobules du foie, et insérée dans les *Comptes rendus* sous le nom de M. Kanellis, est l'œuvre de M. Dastre lui-même, et qu'elle a été insérée, dans les mêmes termes, en 1880, il y a trois ans, dans les *Annales de la Société de biologie* : « Je n'ai jamais vu un fait pareil, ajoute M. Joseph Bertrand, les deux notes sont identiques. »

M. Vulpian ajoute aussi qu'une autre note de M. Kanellis, présentée dans une des séances précédentes, appartient également, et comme fond, et comme forme, à M. Legros. L'affaire est entendue ; mais elle est bien extraordinaire.

On a trouvé dans les manuscrits de Diderot un cahier concernant les premiers éléments de mathématiques à l'usage des enfants. Ce cahier, offert par Diderot à l'impératrice Catherine, aurait été rédigé, au dire de Diderot lui-même, par Clairaut. Il sera déposé à la bibliothèque de l'Académie.

M. Debray fait hommage à l'Académie, de la part de l'auteur, M. Grandeau, de la deuxième édition des « Analyses des matières agricoles. »

M. Gaudry offre à l'Académie un nouveau et beau volume qu'il vient de publier sous le titre déjà connu de : « Les enchaînements du monde animal dans les temps géologiques ; — fossiles primaires. » Le volume est orné de très nombreuses gravures. — M. L.

VARIÉTÉS

PHOTOPHORE ÉLECTRIQUE FRONTAL.

M. Dujardin-Beaumetz a présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 17 avril 1883, un photophore électrique frontal, au nom de M. Paul Hélot, chirurgien en chef des hôpitaux de Rouen, et de M. G. Trouvé.



Cet appareil d'éclairage médical se compose d'une lampe à incandescence dans le vide, comprise dans un cylindre métallique entre un réflecteur et une lentille convergente. L'appareil peu volumineux et très léger s'applique sur le front et fournit une lumière très intense, dont on peut faire varier le champ par un léger déplacement de la lentille. Placée dans l'axe des yeux, la lumière accompagne, pour ainsi dire, le regard de l'opérateur qui n'a nullement à s'en occuper.

La source d'électricité est la pile au bichromate de potasse sursaturée de M. G. Trouvé. Elle peut fournir, sans être rechargée, un grand nombre d'heures de travail soit d'une façon continue, soit à des intervalles aussi longs qu'on voudra.

Ce puissant appareil d'éclairage peut trouver son application dans un grand nombre de circonstances, qu'il s'agisse d'éclairer un champ opératoire profondément situé ou des cavités naturelles, comme la bouche, la gorge, les oreilles, le vagin, etc.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 14 au 19 mai 1883.

Lundi 14 et mardi 15, pas de thèses.

Mercredi 16. — Mme Waite : Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire. (Président, M. Trélat.)

M. Knoll : Des affections charbonneuses de nature bactéridienne et de leur traitement. (Président, M. Verneuil.)

Jeudi 17. — M. Girat : Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chlorhydrate de Kairine. (Président, M. Jaccoud.)

M. Goyon : Note médicale sur une expédition en Nouvelle-Irlande (Océanie), et contribution à l'étude des fièvres paludéennes. (Président, M. Laboulbène.)

M. Esclangon : La fièvre jaune à bord du *Jaguar*. Sénégal, juillet-août-septembre, 1881. (Président M. Laboulbène.)

M. Potu : Contribution à l'étude de la conjonctivite diphthéritique. (Président M. Brouardel.)

M. Rouvier : Des altérations professionnelles des ouvriers gantiers et palissonneurs envisagées au point de vue de l'intensité. (Président, M. Brouardel.)

M. Goudot : Etude sur la goutte saturnine. (Président, M. Peter.)

Vendredi 18. — M. Lhirondel : Quelques points d'étiologie de la maladie de Parkinson. (Président, M. Charcot.)

M. Bonieux : De la chute des ongles et des douleurs névralgiques dans l'ataxie locomotrice et dans le diabète. (Président M. Charcot.)

Samedi 19. — M. Besson : De la mort subite dans certaines affections tuberculeuses. (Président, M. Brouardel.)

M. Jacquemin : De l'élongation nerveuse dans l'ataxie et les affections médullaires. (Président, M. Laboulbène.)

M. Barbarin : Hygiène de la nouvelle accouchée. (Président, M. Laboulbène.)

COURRIER

La morphiomanie. — Le tribunal correctionel vient de rendre un jugement qui donnera a réfléchir à ceux dont la légèreté ou l'esprit de lucre favorisent cette dangereuse manie.

A la suite d'une maladie quelconque, une dame Junot avait en sa possession une ordonnance de médecin lui prescrivant l'emploi du chlorydrate de morphine. Pourvue de cette unique ordonnance, elle se procura sans difficulté, chez un pharmacien nommé Armand Vassy, des quantités considérables du sel toxique. C'est ainsi que dans un délai de cinq cent seize jours, le pharmacien reconnaît lui avoir vendu 693 grammes de chlorydrate de morphine.

La malheureuse est aujourd'hui dans un état pitoyable, qui a déterminé son internement dans une maison de santé.

Son mari, M. Junot, a déposé une plainte au parquet contre le pharmacien coupable d'un manquement si grave à ses devoirs professionnels, qui lui interdisent de délivrer des substances vénéneuses à diverses reprises, sur le vu d'une seule et même ordonnance.

Le tribunal correctionnel a rendu un jugement très fortement motivé, par lequel il condamne le sieur Armand Vassy à huit jours de prison et 1,000 francs d'amende.

Statuant ensuite sur les dommages-intérêts à accorder à M. Junot, le tribunal déclare que l'état de santé de la dame Junot, par suite de l'abus du chlorydrate de morphine illégalement fourni par Vassy, a été aggravé et compromis à ce point qu'il a été urgent de l'enfermer dans une maison de santé pour y être soumise à une médication spéciale, au prix de 250 francs par mois.

Le tribunal ajoute qu'il est impossible de déterminer les conséquences dans l'avenir de cette intoxication prolongée, son influence sur l'organisme, ni le temps que la malade séjournera dans la maison de santé.

Faisant, en conséquence, toutes réserves pour les dommages-intérêts qui pourront être ultérieurement accordés à M. Junot, le jugement estime à 2,000 francs le préjudice qui lui a été causé jusqu'à ce jour, et condamne le sieur Vassy à lui payer cette somme.

Ce jugement si intéressant dans le présent et qui fera jurisprudence dans l'avenir, a été rendu sur la plaidoirie de Me Fernand Dupont, avocat de la partie civile.

Hôpital Saint-Antoine. — *Leçons de clinique thérapeutique.* — Le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera ses leçons de clinique thérapeutique *le jeudi* 17 *mai*, à 9 heures 1/2, à l'amphithéâtre de cet hôpital, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Les leçons auront pour objet, cette année, le traitement des maladies générales.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestv et Ce, 22, rue Dussoubs.

PATHOLOGIE MÉDICALE

ÉTIOLOGIE DE L'ÉPIDÉMIE TYPHOIDE QUI A ÉCLATÉ A AUXERRE EN SEPTEMBRE 1882,

Lecture faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 8 décembre 1882,

Par le docteur Dionis des Carrières, chirurgien de l'hôpital.

Messieurs,

Permettez-moi de vous remercier d'abord d'avoir bien voulu accorder un tour de faveur à la communication que j'ai à vous faire. Je n'ai qu'un désir, c'est que vous ne la trouviez pas indigne de votre bienveillance.

Je viens vous entretenir d'une épidémie violente de fièvre typhoïde qui a régné à Auxerre, en septembre et en octobre derniers, n'a pas encore disparu, mais se trouve dans une période de déclin très accusé.

Auxerre est une ville de troisième ordre comme population et qui, si elle laisse à désirer sous le rapport de la salubrité, peut néanmoins supporter la comparaison avec beaucoup d'autres. Elle est assise en étages sur un coteau exposé au levant, au pied d'une rivière rapide qui coule du Sud au Nord et déplace une grande masse d'air. Ses rues, étroites et tortueuses, mais à pente très raide, sont facilement balayées par la moindre pluie; des égouts correspondent à ses voies principales, mais malheureusement ne sont jamais lavés que par les eaux fluviales, et c'est pour remédier à cette disette d'eau que la municipalité a entrepris quelques travaux dont j'aurai à vous parler.

La mortalité à Auxerre, dont la population totale est de 16,900 habitants d'après le dernier recensement, ne s'élève pas, en moyenne, à plus de 430 à 450 par an, soit environ 8 par semaine.

La fièvre typhoïde y est rare. On l'a vue cependant régner épidémiquement à la suite de travaux exécutés pour y amener des eaux en 1852 et 1853. Sa léthalité, à cette époque, n'a pas été considérable (42 en dix-huit mois) et ne supporte pas la comparaison avec celle de l'épidémie actuelle. En 1881, le relevé des décès n'indique que deux fièvres typhoïdes. En 1882, on comptait déjà, au 1er septembre, 7 décès par cette pyrexie dont 2 en août, un le 8 et un le 23. Si, en raison de l'état sanitaire de la France, des maladies signalées de divers côtés, on pouvait s'attendre à voir les cas se multiplier, nous étions loin toutefois de supposer ce qui allait advenir. Au commencement de septembre, le 1er suivant les uns, les 3, 4 ou 5 septembre suivant les autres, le mal atteignit tout d'un coup des proportions extraordinaires. Nous nous trouvions subitement en pleine épidémie.

Nous étions appelés de tous les côtés à la fois. Bientôt le personnel médical habituel n'y put suffire et l'administration nous adjoignit, comme auxiliaires, les trois médecins de la garnison et M. Duterq, interne à l'Asile des aliénés. Le concours de ces honorables confrères nous a été des plus précieux; il nous était même indispensable, car, des calculs les plus modérés, il est résulté que chacun de nous avait à soigner en moyenne 50 malades, lesquels, ajoutés à ceux qui se sont montrés depuis, constituent un personnel pathologique de 700 à 800.

Nous avions bien affaire à la fièvre typhoïde. Le diagnostic de cette maladie classique n'a été douteux que pour une certaine catégorie de malades affectés de ce qu'on appelle le *typhus levissimus* et le *typhus ambulatorius*. Elle a surtout présenté la forme abdominale. Les hémorrhagies intestinales ont été fréquentes et, particularité assez curieuse, les taches rosées lenticulaires très rares. Quelques malades même qui offraient d'autres signes incontestables de la pyrexie, n'en ont pas présenté.

A côté de la fièvre typhoïde marchaient, de front, les fièvres intermittentes en grand nombre.

Le but de cette communication n'est pas de vous faire connaître le traitement employé.

Je ne veux étudier avec vous que l'étiologie de ce fléau qui a fait, en moins de trois mois,

91 victimes dans une ville de 16,000 âmes, ce qui correspond à près de 13,000 pour Paris.

Quelques malades, disséminés dans la ville, pouvaient-ils en quelques jours transmettre la fièvre typhoïde à 500 habitants? Comment comprendre la généralisation presque instantanée d'un mal qui ne se révélait la veille que par quelques cas isolés? D'où nous est venu cet empoisonnement subit et général que rien ne faisait prévoir? C'est à la solution de ce problème que je me suis attaché. Vous jugerez si je me suis fait illusion en croyant l'avoir trouvée.

Depuis un an, la ville a été fouillée en tous sens par des tranchées établies dans le double but d'augmenter la distribution du gaz d'éclairage et d'amener dans la ville les eaux filtrées de la rivière d'Yonne, celles qui nous alimentaient ayant été jugées insuffisantes. Dans les premiers moments, notre épidémie, d'un concert unanime, fut attribuée à cette cause par tous les praticiens du pays.

Cependant une grave objection s'élevait. Les fouilles avaient été opérées partout indistinctement, mais tous les quartiers n'étaient pas également frappés. C'est ainsi que la nouvelle caserne construite en dehors de l'enceinte n'avait fourni qu'un seul malade.

Au contraire, suivant la remarque judicieuse de nos confrères militaires, l'ancienne caserne dite des Ursulines avait payé un large tribut à l'épidémie.

Or, la nouvelle caserne ne reçoit pas les eaux de la ville, mais bien celle d'une source dite de Sainte-Geneviève, provenant de la montagne voisine, tandis que les eaux de la ville alimentent la caserne ancienne.

D'un autre côté, je ne pouvais suspecter nos égouts. La température peu élevée de cette année n'avait pas facilité leurs émanations; et le pointage des décès, opéré avec le plus grand soin sur un plan de la ville, me démontrait que la mortalité ne correspondait pas à leur direction. Forcément mon attention était donc attirée du côté des eaux potables, et je rappelais les publications dues aux médecins anglais et celles de nos confrères MM. Gueneau de Mussy.

Les eaux de l'Yonne amenées par une turbine avaient été conduites pour la première fois le 2 septembre et étaient restées quatre jours sans être distribuées, mais déjà nous avions un décès le premier septembre et mes premiers malades m'avaient fait appeler le 2 et le 3 septembre. Ajoutons que les premières eaux avaient été employées au lavage des conduites et des réservoirs et répandues aussitôt par la ville au moyen des bouches d'arrosage, avant de servir à l'usage des habitants. D'ailleurs les eaux de la Turbine ne s'épandent que dans une seule moitié de la ville, et l'épidémie frappait tous les quartiers compris dans l'enceinte, c'est-à-dire ceux qui étaient desservis jusqu'au 2 septembre par les anciennes eaux dites de Vallan, à cause du village d'où elles proviennent.

Je ne pouvais donc ni invoquer le nombre des malades antérieurs pour expliquer cette morbidité extraordinaire, ni les fouilles opérées dans toute la ville et qui ont duré une année entière, puisque des quartiers où ces fouilles ont été opérées sont restés indemnes, ni enfin les eaux de la Turbine pour les motifs que je viens d'exposer ci-dessus.

D'un autre côté, à mesure que la maladie allait grandissant, je constatais ce fait bien remarquable et sur lequel j'appelle toute votre attention, à savoir que tous les quartiers qui n'étaient pas desservis par les eaux de Vallan n'avaient pas encore *présenté un seul décès.*

Si vous voulez bien jeter les yeux sur un des plans que j'ai fait dresser et colorier à l'appui de ma démonstration, vous voyez :

1° A l'ouest, la nouvelle caserne où se trouvaient, au mois de septembre, plus de 1,200 réservistes, remplacés plus tard par le 82e d'infanterie, *qui n'a fourni qu'un seul malade*, tandis que la vieille caserne où habitaient quelques soldats seulement du 82e, les secrétaires d'état-major, les ordonnances des officiers, tous gens qui prenaient souvent leurs repas en ville, en a fourni 9. Comme ce fait est une des bases de ma thèse, on me permettra de transcrire ici un document très curieux et très important émanant du chirurgien en chef du régiment.

« Vous m'avez fait l'honneur de me demander quelques renseignements sur l'action exercée « par l'épidémie sur les hommes de mon régiment. Du 9 septembre au 26 novembre, « 33 hommes en ont été atteints, dont 2 sont décédés.

« La *caserne neuve*, malgré les déplorables conditions hygiéniques de sa situation, *est restée « complètement indemne.* Les 17 malades qu'elle a fournis avaient tous contracté au dehors « le principe typhique, savoir :

« Trois sergents ayant pris à l'hôpital, pendant la durée de vingt-quatre heures de leur « service de planton dans les salles, la maladie que, particularité presque merveilleuse, ils « n'ont pas transmise à leurs camarades de chambrée. — 3 hommes évacués des grandes « manœuvres sur l'hôpital de Montargis, — 3 malades en traitement à l'hôpital d'Auxerre « pour d'autres affections (2 pleurésies, 1 rhumatisme) et y ayant subi l'influence du con- « tagium, et enfin 8 soldats ordonnances d'officiers mariés, c'est-à-dire retenus toute la jour-

« née par leurs fonctions dans l'intérieur de la ville, et ne rentrant à la caserne que le soir « pour y coucher. Pas plus que les sergents, ils n'ont servi de véhicule au principe typhique.

« *La caserne des Ursulines a, en revanche, payé un large tribut à l'épidémie.* Je puis dire « que tout son personnel y a à peu près passé, secrétaire d'habillement, employés de maga- « sins, soldats, ouvriers, tailleurs, cordonniers, armuriers. (Dr Rique, médecin-major de « 1re classe au 84e d'infanterie.)

2° Au nord-ouest, l'asile des aliénés (population de 500 habitants environ), *qui n'a pas eu un seul malade.* Il est vrai que l'asile des aliénés reçoit aussi ses eaux d'une source spéciale dite Sainte-Marguerite provenant également d'un côteau voisin.

3° Entre ces deux établissements, au contraire, se trouve la prison dont l'eau potable provient du réservoir de la ville et qui a compté 14 malades dont 2 assez gravement pour avoir motivé leur transfert à l'infirmerie.

4° A l'est, le faubourg Saint-Gervais, qui n'a d'eau de la ville que depuis la nouvelle distribution. Or, le faubourg a eu très peu de malades et pas un seul décès.

5° Enfin, sur la rive gauche de l'Yonne, se trouve un groupe important de maisons appelé le Bâtardeau, qui n'est pas pourvu d'une seule borne-fontaine et qui n'a pas eu un seul malade, que je sache.

Deux autres gros faubourgs au contraire, arrosés par les eaux de Vallan, ont fourni un large contingent à la morbidité et à la mortalité.

J'étais déjà convaincu que l'eau de la ville était pour beaucoup dans l'épidémie qui sévissait à Auxerre, mais je n'en avais que la preuve indirecte lorsque se tint, le 9 novembre, la réunion trimestrielle de notre modeste Société médicale de l'Yonne. Naturellement, il ne fut question que de fièvre typhoïde et j'appris là, par un de mes honorables confrères M. Papulus, qu'il y avait eu des malades au mois d'août au village de Vallan, d'où proviennent les eaux qui alimentent Auxerre depuis trente ans.

Ce renseignement était d'une importance telle que je me rendis sur le champ à Vallan, et, dans la cour même où émerge la source qui est conduite à Auxerre, je trouvai une jeune femme qui était pâle, anémique, d'une émaciation et d'une débilité extrême. Elle venait d'avoir une fièvre typhoïde grave, ainsi que vous pourrez en juger par la lettre suivante que m'a écrite son médecin, mon confrère et ami Hondé. « La femme T***, âgée de 20 ans, a eu « une fièvre typhoïde très grave à forme adynamique, 150 pulsations, tâches rosées, surdité, « subdelirium la nuit, langue sèche, fuliginosités des gencives. Vers le 15 août, il survint « chez elle une diarrhée assez abondante (8 à 12 selles dans les 24 heures) et fétide. Cette « diarrhée dura jusqu'au 24 août, diminua peu à peu et fut remplacée, dans les derniers « jours, par une constipation opiniâtre. »

Et mon confrère M. Hondé ajoute :

« Ce n'est que vers le 20 septembre, et alors que ma malade entrait en convalescence et « n'avait plus de diarrhée depuis longtemps, que réfléchissant à l'épidémie d'Auxerre et à la « contamination des eaux potables, comme cause signalée par les médecins anglais, je « demandai à M. T** où était la source d'Auxerre, et qu'à mon grand étonnement, il me la « fit voir, au pied même de la maison, passant sous terre à deux ou trois mètres du fumier « sur lequel il avait jeté toutes les déjections de la malade. Or, ce fumier est en contre-bas « de la cour recevant les eaux pluviales qui pouvaient le traverser et, malgré les dénégations « de M. T***, arrive peut-être à la source qui est à deux pas. A ce moment, l'épidémie « d'Auxerre décroissait, les eaux de l'Yonne arrivaient à foison ; je recommandai à M. T*** « de désinfecter les selles et de ne plus rien jeter sur son fumier. »

J'ai transcrit dans son entier ce document important. Permettez-moi d'y ajouter les détails suivants pour votre édification. La source d'Auxerre, dite source Naudin, émerge à Vallan dans une vallée très étroite et au pied d'un talus. C'est sur ce talus que se trouve une cour commune habitée par deux ménages de petits cultivateurs.

Cette cour est très en pente du côté de la vallée. Elle est bornée à l'ouest, dans sa partie la plus déclive, par la grotte dans laquelle sont captées les eaux. Cette grotte à découvert par sa face antérieure, du côté de la vallée, s'enfonce au contraire profondément sous terre du côté de la cour ; et de cette partie postérieure au fumier sur lequel on jetait les déjections de la malade, il n'y a pas plus de 4 mètres. Ajoutez que la source elle-même, avant d'émerger, forme dans le sol des anfractuosités profondes dans lesquelles le sieur T** lui-même, étant enfant, s'amusait à pénétrer.

Le sol est formé par un rocher calcaire, fissuré, fendillé, très poreux. Il appartient au calcaire portlandien. Plusieurs sources, du reste, coulent sous cette cour, et une d'elles vient, par une raie couverte, déboucher bord à bord près de la grande source d'Auxerre. Je tiens à bien noter cette particularité qui est très importante.

Toutes ces constatations confirmaient une idée qu'on pouvait qualifier jusque-là de préconçue.

Je n'osais encore faire des expériences *in situ*; mais j'ai été admirablement servi par les circonstances pour la solution que je cherchais. A trois lieues au sud de Vallan, se trouve le petit village de Mouffy, qui est dans les mêmes conditions géologiques, et appartient, comme Vallan, à ces terrains de formation jurassique où les vallées sont profondes, où l'eau potable ne se trouve que dans les vallées et où les maisons sont entassées autour des sources. La commune de Mouffy s'était plainte que l'eau de la source avait un goût de purin.

Les Ponts et chaussées durent intervenir. On constata qu'au-dessus de la source, à trente mètres de distance, se trouvaient une écurie et une cour à fumier. Pour démontrer que l'infection de l'eau provenait bien de ce voisinage, on répandit sur le sol d'abord de l'eau teintée avec de l'ocre jaune, et ensuite de l'eau d'alambic, provenant de la distillation d'eau de noyaux de cerises. Quelques instants après, il fut constaté que l'eau se teintait en jaune et plus tard exhalait l'odeur de kirsch. Le liquide d'expérience avait dû pénétrer une épaisseur de 4 mètres de terrain et parcourir sous le sol un espace de 30 mètres.

Sur ces entrefaites, j'avais fait part de mes soupçons au conseil d'hygiène, convoqué spécialement le 21 novembre. Il me fut fait une objection dans la Presse : on demandait une expérience directe. Je l'ai tentée avec mon honorable confrère, M. le docteur Ficatier. Le 4 décembre, nous nous sommes transportés à la source d'Auxerre; nous avons répandu sur le sol 2 grammes d'aniline dissous dans 100 grammes d'alcool et répartis en six seaux d'eau. Puis nous avons fait arroser le sol avec de l'eau claire pour faciliter la pénétration. Nous avons surtout, dans l'angle du fumier incriminé, à l'endroit où le sol était légèrement déprimé, versé avec précaution un seau de liqueur colorante. Vingt minutes après, nous avons vu l'eau sortir rougeâtre, non pas de la grande source Naudin, mais de la petite source qui vient déboucher à l'air libre, bord à bord avec elle et par une raie couverte. La démonstration de la perméabilité du sol était complète. Nous aurions voulu la répéter, mais nous opérions en présence d'une population hostile qui, connaissant le but de nos recherches, ne nous épargnait ni les sarcasmes, ni les injures; il nous eût fallu le concours de la force armée pour continuer.

Je ne sais, Messieurs, si vous êtes convaincus comme moi, mais il me semble que la preuve est suffisante. Dans le cas où il vous resterait un doute dans l'esprit, permettez-moi de vous citer une observation semblable contenue dans le rapport que M. Hérard, au nom de la commission des épidémies, a fait à l'Académie de médecine en 1878.

Page 26 : « Le village de Noire-Combes repose sur le terrain portlandien, terrain très « poreux qui constitue une sorte de crible et laisse passer les eaux jusqu'à la nappe d'eau « alimentant les sources où vont puiser ses habitants. Ces sources émergent à quel- « ques mètres au-dessous du village. Le docteur Reybert, mettant à profit ses connais- « sances géologiques, a engagé les habitants à s'approvisionner à une autre source d'un « accès plus difficile, mais émergeant au-dessus du village et l'épidémie a cessé. D'ailleurs « les fumiers à Noire-Combes sont à la porte des habitations et le purin disparaît dans les « fissures du sol entraînant ces miasmes jusqu'aux eaux de sources. »

Ce fait a bien son importance, car le terrain géologique dont il y est parlé, le portlandien, qui se laisse si facilement pénétrer, est celui-là même que nous avons à Auxerre.

En résumé, au mois d'août, la fièvre typhoïde existait à Auxerre. Elle y avait fait deux victimes et le nombre des malades était très resteint. Au mois de septembre, elle affecte subitement plus de 700 personnes, et fait, pour le mois de septembre seulement, 30 victimes.

Ce surcroît énorme et instantané de malades ne peut s'expliquer par le mode de propagation ordinaire de la fièvre typhoïde, il doit avoir une cause spéciale.

La nappe d'eau souterraine est très profonde à Auxerre; elle ne pénètre pas dans les égouts; et d'ailleurs sa distribution ne concorde pas avec les tracés de la morbidité et de la léthalité. On peut en dire autant des tranchées opérées par toute la ville pour la distribution des eaux et du gaz.

L'épidémie reste circonscrite dans le territoire parcouru par les eaux de la ville. Tous les autres quartiers alimentés par d'autres sources ou par des puits sont épargnés, ou ont très peu de malades, et surtout n'ont eu *qu'un seul décès survenu après deux mois* vers la fin d'octobre.

A côté de cette preuve directe, permettez-moi de vous citer, pour achever de vous convaincre, des exemples qui appartiennent à ce que j'appellerai la contre-épreuve.

1° Dans le quartier du Pont, où il y a eu beaucoup de typhiques, se trouve une impasse appelée la rue du Puits-Guérin, qui compte soixante habitants environ, la plupart vignerons. Aucun d'eux n'a fait usage des eaux de la ville; aucun n'a été malade.

2° Derrière chez moi se trouvent deux couvents; L'un est un établissement d'éducation en

grande réputation dans le pays, bien installé, ayant salle de bains et d'hydrothérapie et payant un large tribut à la ville pour sa concession d'eau. Sur les 39 religieuses qui l'habitent, 7 ont eu la fièvre typhoïde dont 6 gravement, malgré le repos dont elles jouissaient durant les vacances et malgré les conditions d'aération et de bonne hygiène où elles se trouvaient.

L'autre couvent, séparé du premier par un mur d'appui, renferme 68 orphelines et 14 religieuses. Il n'a eu qu'une seule malade. Or celle-ci est sortie en ville le 27, a pris deux repas chez son oncle et a bu certainement de l'eau de Vallan, tandis que l'orphelinat, s'étant vu supprimer la concession gratuite que lui faisait la ville, consomme l'eau d'un excellent puits qui est dans son jardin.

3° Autre exemple encore. Un sieur V..., mon voisin, a 5 locataires chez lui. Les six familles ont bu de l'eau d'un puits qui est dans sa cour et n'ont pas consommé l'eau de la ville. Personne n'a été malade.

Donc si la contagion directe, ni la nappe souterraine ni les fouilles ne peuvent être incriminées, si vous pensez comme moi que les eaux de la ville sont cause de la morbidité considérable de l'épidémie, il nous restera à résoudre un dernier problème. Quelles sont les eaux coupables? Sont-ce celles de la Turbine ou bien celles de la conduite de Vallan?

Les eaux de la Turbine ont été amenées le 2 septembre pour la première fois, alors qu'il y avait déjà des malades et qu'il était survenu 1 décès. Elles n'ont été utilisées *que le* 7, et, jusque-là, elles sont restées dans le nouveau réservoir, puis ont été consommées par l'usine à gaz pour remplir une nouvelle cuve et répandues ensuite par les bouches d'arrosage. Non seulement elles n'ont été utilisées que le 7, mais, circonstance importante à noter, elles n'ont jamais pénétré, jusqu'à aujourd'hui, dans un des quartiers les plus éprouvés, dans le quartier du Pont. On les a confinées dans la section nord de la ville.

Je les ai examinées à la Turbine même. Elles étaient claires, limpides, agréables à boire. Elles proviennent de galeries de filtration où elles arrivent complètement clarifiées. A ces galeries de filtration succède une galerie de conduite qui traverse une ancienne cour de ferme et des terrains submergés ayant servi à des dépôts de fabrique de noir animal. Mais cette galerie de conduite est parfaitement étanche et construite avec tout l'art moderne. Les eaux, analysées par des hommes compétents, ont été reconnues exemptes de particules organiques après avoir été traitées par le sous-sulfate d'alumine, le perchlorure de fer, le permanganate de potasse et le trichlorure d'or, etc., etc.

Restent les eaux anciennes qui arrivent, à l'abri de l'air, dans leur réservoir, par une conduite très étroite, n'ayant pas plus de 0,30 centimètres de diamètre et qui arrosaient la ville toute entière jusqu'au 6 ou 7 septembre. Je vous ai démontré qu'elles avaient été contaminées par les selles d'un typhique. Vous connaissez mieux que moi toutes les observations citées par les médecins anglais, par MM. Noël et Henri Gueneau de Mussy et par les médecins des épidémies, depuis que leur attention a été attirée de ce côté, et j'aurais mauvaise grâce à vous les énumérer ici. Je pense que l'aggravation de la fièvre typhoïde à Auxerre tient à cette cause, et l'intoxication d'une ville de 16,000 âmes est assez rare pour que j'aie cru ce fait digne d'attirer votre attention. Ce fait, Messieurs, a dû se produire déjà, mais la cause a passé inaperçue en raison de la difficulté qu'on éprouve pour remonter jusqu'à elle. C'est à elle peut-être qu'il faut attribuer la morbidité considérable qu'on observe en ce moment dans plusieurs grandes villes de France et dans des villes de garnison. Dans tous les cas, on ne saurait trop, et c'est par cette conclusion pratique que je terminerai, engager nos confrères à la rechercher partout où il y a une épidémie typhoïde, et les municipalités à assurer autant que possible la pureté des eaux qu'elles distribuent dans les villes.

CLINIQUE CHIRURGICALE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA LITHOTRITIE RAPIDE PRATIQUÉE SUIVANT LA MÉTHODE DU DOCTEUR BIGELOW;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 décembre 1882 (1),

Par le docteur DELEFOSSE.

Ces chiffres n'ont pas l'importance qu'on veut bien leur donner. Les chirurgiens qui ont lu les discussions soulevées au sujet de l'emploi de la taille ou de la lithotritie savent ce que valent les statistiques en général, et combien il est dangereux de faire entrer en ligne de compte ce moyen de contrôle quand il s'agit de calculeux.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 8 mai.

Vaut-il mieux, le chloroforme étant administré, délivrer le malade en une seule séance, ou revenir plusieurs fois au broiement? Telle est donc la question que je vais discuter.

Les fragments qui irritent le col vésical étant la véritable cause du mal, dit M. Bigelow, nous ne devons abandonner l'opération que quand le calcul est enlevé; aussi ne doit-on pas reculer devant des séances d'une durée d'une heure, deux heures, trois heures et même davantage.

A première vue, ce raisonnement paraît logique; le chirurgien n'a plus à s'occuper de la contractilité vésicale, de cette irritabilité qui amenait la fièvre chez les opérés de Civiale; avec des séances de 20 à 25 minutes, le chloroforme supprime cette irritabilité; le chirurgien n'a plus qu'à supprimer de son côté la cause principale, les fragments, et, ajoute le professeur d'Harvard, « cette extraction d'un calcul vésical par l'urèthre est, aujourd'hui surtout, une question d'appareils. »

Ainsi, pour le chirurgien américain et ses adeptes, le passage répété d'instruments pendant trois heures à travers le canal, la présence d'un instrument volumineux dans la vessie pendant le même laps de temps, le traumatisme rénal qui résulte de cette longue séance, ne sont rien en comparaison des accidents qui peuvent être produits par les fragments de calculs.

Si encore M. Bigelow admettait que cette opération ne peut être entreprise dans de telles conditions que par un chirurgien expérimenté, mais non; pour lui, la lithotritie est *aujourd'hui une question d'appareils!*

Je ne puis que m'élever très fortement contre cette opinion qui, une fois admise, serait la ruine de la lithotritie. Je dis, au contraire, que l'opération classique, et surtout la lithotritie rapide en plusieurs séances, n'est praticable que par des chirurgiens très expérimentés.

Ce qu'écrivait Tanchou il y a cinquante ans est encore vrai aujourd'hui. « Nous ne saurions trop le répéter, écrit-il, pour pratiquer une opération quelconque, la lithotritie surtout, il faut d'abord en bien connaître les instruments et bien les comprendre; il faut ensuite une certaine dextérité manuelle que tout le monde n'a pas; il faut enfin que les parties anatomiques sur lesquelles on opère soient bien connues...... Pour toutes ces raisons, nous pourrions dire, sans crainte d'être démenti par la suite, que la lithotritie sera toujours une opération difficile qui réclamera beaucoup d'étude et des mains privilégiées. »

Lorsque Civiale fit paraître son premier trilabe, 6,000 de ces instruments furent envoyés soit en province, soit à l'étranger, en l'espace de trois ans; beaucoup de médecins avaient cru que, pour débarrasser le malade de son calcul, il n'y avait plus qu'à introduire une pince à trois branches et faire marcher un archet; de nombreux insuccès ouvrirent les yeux aux moins clairvoyants et faillirent tuer la lithotritie dans son berceau.

La nouvelle méthode faite dans les conditions indiquées par le savant professeur américain nous paraît devoir subir les mêmes revers.

En France, il n'existe qu'un centre où la génération médicale actuelle peut apprendre la pratique de la lithotritie, étudier sur une vaste échelle cette opération; ce centre, c'est le service des calculeux à l'hôpital Necker; les autres chirurgiens ne peuvent instruire qu'un nombre très restreint de médecins, au point de vue pratique bien entendu; c'est donc de ce centre que dépend l'avenir de la lithotritie dans notre pays; nous sommes heureux de voir l'éminent professeur M. Guyon partager nos idées en n'admettant, avec le chloroforme, que des séances courtes et en instruisant ses élèves des difficultés inhérentes au manuel opératoire de la lithotritie.

Les chirurgiens, partisans de la lithotritie en une séance, parlent de succès obtenus avec des prolongations de durée de plus de trois heures. Cela ne prouve absolument rien pour la méthode en général. Nous savons tous qu'il y a des malades qui ont, suivant l'expression consacrée, des *vessies en zinc.* Il faut en outre tenir compte, chez ces opérés, de l'état des reins, de la constitution générale, et enfin de l'immunité chirurgicale de certains individus. On peut ajouter que ces malades eussent probablement guéri, avec moins de danger, en employant la méthode du broiement en plusieurs séances. « Nous avons beaucoup de sang dans nos opérations, nous disait un jour un chirurgien américain, partisan de Bigelow. » Il n'y a rien d'étonnant à ce résultat; il serait même extraordinaire qu'il en fût autrement.

Les chirurgiens français ne suivent pas, généralement, la même voie; enhardis par les succès obtenus avec le chloroforme, ils n'ont vu là qu'un moyen de supprimer autant que possible un facteur mauvais de l'opération, l'irritabilité vésicale, et le pouvoir de prolonger les séances, ce qui était impossible chez un malade éveillé. Ils tiennent un raisonnement très simple et très logique. Il est évident que, plus les séances seront longues, sans cependant dépasser une limite fixée par des états morbides pour ainsi dire inhérents à la maladie elle-même, néphrite, état général, etc., plus on a de chances de débarrasser vite le malade. Or, quelle est la cause qui exige la brièveté de ces séances? L'irritabilité vésicale. Avons-nous à notre disposition un agent capable de diminuer ou de supprimer cette cause? Oui, le chloroforme; donc, donnons

le chloroforme; et l'irritabilité vaincue, les séances pourront être plus longues. Quant aux fragments, évidemment ils peuvent être cause d'irritabilité, mais pas aussi souvent qu'on le croit. Nous ne voyons donc pas la nécessité de débarrasser le malade en une seule séance, quand cette séance doit dépasser les limites au delà desquelles il peut naître pour le malade des complications sérieuses beaucoup plus graves que les accidents dus au contact des fragments avec le col de la vessie.

J'ajouterai qu'en fait, bien des opérations, durant actuellement 20 minutes, sous l'influence du chloroforme, ne demandent généralement qu'une séance; on peut faire beaucoup de bonne besogne en 20 minutes, quand la main est exercée, et, de même que la lithotritie ancienne triomphe avec les petits calculs, la lithotritie avec le chloroforme a un plein succès lorsque le calcul n'est pas trop gros et peut être broyé et évacué en 20 à 25 minutes.

Mais la nécessité admise par M. Bigelow d'enlever le calcul en une seule fois n'exige pas seulement une séance d'une longue durée, elle demande aussi l'emploi d'instruments à évacuations spéciaux d'un calibre considérable.

« Si Clover (dont le cathéter répondait au n° 21 de l'échelle française) ou Mercier s'étaient servis de cathéter plus volumineux (entre 25 et 31), ils auraient pu vider complètement la vessie », écrit M. Bigelow; et plus loin : « Le petit calibre du cathéter évacuant jusqu'alors en usage a retardé les progrès de la chirurgie d'un demi-siècle. Tous les fragments ne pouvaient y passer, les chirurgiens ne pouvaient donc savoir comment la vessie se comporterait une fois qu'elle serait complètement débarrassée de ses fragments. »

La plupart des chirurgiens français actuels ne paraissent pas vouloir sortir de la voie suivie par Mercier. Un cathéter du calibre n° 30 pourra bien passer au méat sans lésion; il pourra bien cheminer dans les portions spongieuse et musculeuse sans amener trop de dégât, et encore à la condition que ce passage ne sera pas trop répété; mais, à la portion prostatique, l'instrument rencontrera souvent une résistance due aux déformations de la prostate, à l'engorgement sénile de la glande, états morbides fréquents chez les calculeux qui ont dépassé la cinquantaine.

Enfin, il ne leur paraît pas probable qu'une opération d'une durée aussi prolongée puisse être exécutée sans léser la muqueuse vésicale.

Après cet exposé, je résumerai ainsi les critiques faites aux prémisses et aux conclusions énoncées par le professeur américain.

Les chirurgiens français n'ont nullement ignoré pendant un demi-siècle la tolérance de la vessie; ils savaient que, chez l'homme à l'état de veille, le réservoir urinaire ne peut supporter la présence d'un instument au delà d'une certaine limite généralement assez courte; que si on dépasse cette limite, des accidents fébriles peuvent se produire. S'ils n'ont pas accepté d'emblée le chloroforme qui supprime cet état morbide spécial, c'est que les résultats fournis par la lithotritie, avec une main exercée, étaient excellents et que, jusqu'à M. Bigelow, peu de tentatives avaient été faites dans le but d'engager à se servir plus souvent de l'anesthésie. C'est tomber dans une erreur assez grave, malgré les quelques succès obtenus, que d'admettre une tolérance vésicale permettant des séances d'une très longue durée; le chloroforme ne peut supprimer ni les froissements de la muqueuse, ni les inconvénients des passages répétés de l'instrument, ni le rein chirurgical, ni le coup de fouet que le traumatisme opératoire donne aux organes urinaires déjà malades.

Les chirurgiens français, en général, tout en acceptant comme cause d'insuccès les fragments contre le col, ne leur donnent pas une importance aussi grande que le fait M. Bigelow. Beaucoup de cas, au contraire, laissent la vessie complètement indemne et n'occasionnent aucune douleur au malade.

Il existe donc des calculs qui peuvent parfaitement être extraits sans que l'on ait recours au chloroforme. L'agent anesthésique a surtout pour but, pour la plupart des chirurgiens qui adoptent la méthode à plusieurs séances, de supprimer la contractilité vésicale, de permettre ainsi des séances de plus longue durée, et par conséquent de réduire considérablement le nombre des séances. Débarrasser la vessie en une seule séance, quelle que soit la durée de cette séance, et faire de la lithotritie une question d'instruments plus ou moins perfectionnés, ce sont des propositions que la pathologie, l'expérience, la pratique journalière défendent d'accepter.

Enfin, l'introduction d'instruments volumineux par l'urèthre, même avec une grande dextérité de main, est dangereuse, quand elle n'est pas impossible, à cause des transformations pathologiques de la prostate.

Ces critiques une fois exposées avec la plus grande impartialité, et dictées seulement par l'expérience et l'étude approfondie de l'opération, il ne me coûte nullement d'ajouter que le chirurgien de Harvard a rendu un grand service au corps chirurgical en faisant voir à ce dernier combien, dans certains cas, le chloroforme pouvait être utile; il lui a montré qu'il

pouvait se lancer dans une voie qui, jusqu'à présent, était pour lui pleine d'inconnus et où il n'osait s'engager, satisfait des résultats obtenus jusqu'à présent. Moi-même, suivant la pratique de mes maîtres Civiale et Caudmont, j'avais laissé de côté l'agent anesthésique; il fallait quelquefois 15, 18, 20 séances pour délivrer un malade d'un calcul volumineux. Je n'hésite pas à reconnaître que, lorsque la chloroformisation est possible et acceptée, le nombre des séances est considérablement diminué; il y a donc profit pour le malade, non seulement comme longueur de temps, mais aussi comme cause d'accidents.

J'ajouterai que le moral de l'opéré étant moins surexcité, les accidents généraux sont atténués; il m'est arrivé, il y a deux ans, d'endormir un calculeux, excessivement nerveux, non pas pour diminuer les douleurs vésicales après les séances, car elles étaient insignifiantes et cédaient facilement à un traitement approprié, mais pour calmer la surexcitation produite par l'idée de l'opération. Les séances qui furent faites sous l'influence du chloroforme ne donnèrent lieu à aucune réaction fébrile; les autres, au contraire, où le malade était éveillé, furent suivies de fièvre.

Depuis que j'emploie plus souvent le chloroforme avec des séances de 15 à 20, 25 minutes, ces accidents fébriles, nerveux, ont pour ainsi dire disparus complètement.

L'agent anesthésique a donc non seulement les avantages de permettre de prolonger les séances, de diminuer l'irritabilité vésicale, mais encore de rendre le calme au moral du malade.

M. Bigelow pense que le chloroforme permet d'employer la lithotritie dans des cas où, jusqu'à présent, elle a cédé la place à la taille. Les raisons que j'ai développées dans ce travail m'engage à être très réservé sur cette question, ne demandons à une méthode de traitement que ce qu'elle peut donner sûrement: exiger d'elle davantage, c'est la compromettre. La lithotritie a déjà peu de chirurgiens qui la pratiquent, car elle demande beaucoup d'étude, d'expérimentation pour produire son plein effet; la placer dans des conditions plus dangereuses, c'est affaiblir son action et la déconsidérer.

Est-ce à dire qu'elle est arrivée à la dernière limite de la perfectibilité? Évidemment, non; car toute opération, quelle qu'elle soit, peut être améliorée, et ici c'est à la sagesse du chirurgien de choisir dans les progrès de la science moderne ce qui est bon, ce qui peut réellement être pour le broiement un élément de succès de plus.

BIBLIOTHÈQUE

RAPPORT SUR L'ENGRAIS HUMAIN, LES ÉGOUTS ET LES FOSSES D'AISAMCE, par M. le docteur NIVET. — Paris, 1882; J. Baillière.

C'est au double point de vue de l'amélioration de la santé publique et de l'utilisation agricole des matières de vidanges que le rapport de M. Nivet a été écrit. Ce n'est donc pas seulement l'œuvre d'un hygiéniste, mais bien aussi celle d'un économiste désireux d'assurer la prospérité matérielle du pays. A ce titre, il sera certainement consulté par tous ceux qui s'intéressent à la solution de la question, à la fois médicale et sociale, de l'assainissement des grandes villes.

Le ruisseau de Firetaine est pour le chef-lieu du département du Puy-de-Dôme une cause grave d'insalubrité. En faire le réservoir des égouts chargés de matières fécales, serait transformer ses eaux déjà trop polluées en une sorte de cloaque aussi offensant pour l'odorat que pour la santé des habitants. Comme le démontre M. Nivet, le système du tout à l'égout exige le lavage fréquent des canaux souterrains, une pente suffisante pour obtenir un rapide écoulement et la possibilité de l'utilisation agricole immédiate des eaux sur des terrains d'étendue, de qualité et de porosité convenables. La ville de Clermont ne présentant pas ces conditions topographiques, l'application du système du tout à l'égout aurait pour effet de transformer les plaines irriguées et voisines de la ville en vastes marécages.

M. le docteur Nivet demande donc l'adoption d'une canalisation étanche pour les matières de vidanges, l'emploi de capacités métalliques au lieu des fosses d'aisances habituelles, et la transformation chimique de ces matières, dans des vases clos, en engrais azotés et salins, désodorisés et transportables.

L'adoption de coupe-air, de siphons aux bouches d'égouts et aux tuyaux de descente des fosses d'aisance est aussi réclamée de la municipalité de Clermont, dans ce savant rapport dont les sages conclusions ont été adoptées par le Conseil départemental d'hygiène du Puy-de-Dôme.

En terminant, ajoutons que nous aurons à revenir sur ce mémoire important; mais que, dès maintenant, nous faisons des vœux pour que l'Administration municipale de Clermont tienne

compte des faits exposés par le rapporteur. Dire la vérité est un acte de franchise fort méritant assurément; faire écouter des pouvoirs publics la grande voix de la science est œuvre plus laborieuse et à coup sûr plus utile, mais aussi, hélas! trop souvent infructueuse. Espérons qu'il n'en sera pas ainsi et que, dans l'espèce, l'autorité de notre savant confrère suffira pour vaincre toutes les difficultés, au grand bénéfice de la santé de ses concitoyens et au grand honneur du Corps médical du Puy-de-Dôme, dont, dans cette circonstance, il est le digne représentant. — Ch. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Influence de quelques médicaments sur la sécrétion lactée, par Stumpf. — Les expériences de Stumpf l'ont amené aux conclusions suivantes :

L'iodure de potassium diminue la quantité de lait sécrété; il exerce qualitativement une action non moins incontestable. Chez la femme, l'iode apparaît dans le lait presque aussitôt après son ingestion, et disparaît de même; chez les herbivores, il persiste plus longtemps. La quantité obtenue n'est pas toujours en rapport avec la dose ingérée; l'irrégularité de ce rapport fait qu'on ne peut, en thérapeutique, faire fond sur le traitement iodé par l'intermédiaire des nourrices. L'iode ne se retrouve pas dans le lait à l'état d'iodure de potassium, mais en combinaisom avec la caséine.

L'alcool, la morphine, le plomb, n'agissent pas sur la quantité. L'alcool et les boissons alcooliques augmentent la proportion des matières grasses; à ce titre, il faut les rejeter comme galactagogues. L'alcool ne passe pas en nature dans le lait des herbivores. On retrouve des traces de plomb qui persistent assez longtemps après la cessation de son absorption.

L'acide salicylique paraît augmenter la sécrétion lactée, en particulier la proportion du sucre. Chez les herbivores, on n'en retrouve que de faibles quantités; beaucoup plus chez la femme. Enfin la pilocarpine paraît n'exercer aucune action. (*Deutch Arch. f. klin. Med.*, 30e v., 1882, page 201.)

Sur la méningite cérébro-spinale épidémique, par Jaffé. — Travail inspiré par l'observation, dans un court espace de temps, de 17 cas de cette affection développée dans des conditions accusant plutôt une influence endémique qu'une épidémie véritable. La majorité des malades dépassait 20 ans: on comptait 13 hommes et 4 femmes; 15 cas appartiennent au printemps et à l'été. Mortalité 59 pour 100; chiffre bien supérieur à celui qui a été relevé par Hirsch d'après le dépouillement de 15,632 cas, qui est de 37 pour 100. La durée de la maladie varie entre deux et trois jours au minimum, et quatre mois au maximum. Pas de récidives.

D'après l'auteur, on doit envisager cette affection comme une maladie infecto-contagieuse, virulente, spécifique, non parasitaire. Elle retient quelque chose des affections pyémiques, en raison des complications d'endocardite, de lésions articulaires et d'abcès musculaires qu'on observe assez fréquemment. On n'observe aucune relation entre son développement et les conditions du sol.

Le diagnostic est souvent épineux. Le change peut être donné par la méningite tuberculeuse surtout. Au début seulement, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente, la pneumonie, le tétanos, certaines affections psychiques sont à exclure.

Les particularités symptomatologiques les plus intéressantes ont été : prodromes dans 10 cas; céphalée 14 fois; vomissements 12 fois; délire 10 fois, 2 fois ce délire rappelait par sa violence et son caractère le *delirium tremens*; rigidité du cou 16 fois; hyperesthésie 8 fois (cutanée 6, musculaire 2); troubles oculaires 10 fois; de l'audition 1 fois (otite moyenne et perforation du tympan); 2 pneumonies, 1 bronchite, 1 gangrène pulmonaire, 2 cas de complications cardiaques (endocardite ulcéreuse, péricardite purulente), 3 hypertrophies de la rate; albuminurie 1 fois, lésions articulaires 5 fois.

La thérapeutique serait complètement désarmée. Les émissions sanguines n'ont qu'un effet momentané. Le calomel a quelque utilité comme laxatif. L'onguent mercuriel, peu employé d'ailleurs, n'a rien donné. Les bains prolongés sont mal supportés. Les bains tièdes et frais ont une certaine action sur l'hyperthermie. Les antipyrétiques, la quinine, le salicylate de soude, le benzoate de soude sont à rejeter. (*Deutch Arch. f. klin. Med.*, 30e v., 1882, p. 332.)

R. Longuet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mars 1883. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Suite de la discussion sur l'*isolement des varioleux* : Lettre de M. le docteur Du Mesnil ; MM. Dujardin-Beaumetz, Tenneson, Du Castel, Sevestre. — M. Sorel : *Sur les adhérences pleurales anciennes*. — M. Sorel : *Aphasie, hémiplégie droite avec hémianesthésie dans le cours d'une fièvre typhoïde*. — M. Dumontpallier : *Contribution à l'étude de la réfrigération du corps humain dans les maladies à hyperthermie et particulièrement dans la fièvre typhoïde*. Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Bucquoy, Dumontpallier. — M. T. Gallard : *Typhlite avec pérityphlite chez un homme de 44 ans ; guérison*.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. — *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*. — *Journal de thérapeutique*. — *Union médicale de la Seine-Inférieure*. — La *Tribune médicale*. — *Gazette médicale de Picardie*. — *Journal de médecine de Paris*. — La *France médicale*. — *Journal d'hygiène*. — *Lyon médical*. — Le *Progrès médical*. — *Bulletin de la Société de médecine de Paris*.

—

A l'occasion du procès-verbal, M. DUJARDIN-BEAUMETZ communique à la Société la lettre suivante qui lui a été adressée par M. le docteur Du Mesnil, médecin de l'asile de convalescence de Vincennes :

« Le 20 février 1883, il est entré à l'asile de Vincennes *douze* convalescents venant de l'hôpital Tenon. Sur ces *douze* convalescents, *trois* étaient atteints de la variole, qui s'est manifestée chez deux d'entre eux quatre jours après leur entrée à l'asile ; chez un, le troisième jour. Ils étaient donc à la fin de la période d'incubation quand ils nous ont été envoyés.

Voici les noms de ces malades :

Rivollet, convalescent d'hydartrose du genou, qui était couché à Tenon, salle Montyon, 21 *bis*. Entré à l'asile le 20 février. Admis à l'infirmerie, pour la variole, le 23 du même mois.

Perruchet, convalescent de fièvre typhoïde, couché à Tenon, salle 1re (Extrême gauche). Entré à l'asile le 20 février. Admis à l'infirmerie, pour la variole, le 23 du même mois.

Tutus (Joseph), nègre tuberculeux, convalescent de pneumonie, couché à Tenon, salle 1re (Extrême gauche). Entré à l'asile le 20 février. Admis à l'infirmerie, le 22 février, pour la variole, *Décédé* le 26 février, *variole hémorrhagique*.

Comment est fait l'isolement à Tenon, pour que non seulement des malades des services de médecine, mais un malade appartenant à un service de chirurgie, y contractent la variole ?

Trois varioleux sur douze convalescents, le même jour ! Mais si les convalescents qui sortent de Tenon, et ne viennent pas chez nous, sèment dans Paris la variole dans cette proportion, il y a lieu d'aviser et au plus vite.

Agréez, etc. Dr DU MESNIL.

M. TENNESON : L'isolement est très imparfait à l'hôpital Tenon ; le pavillon des varioleux n'est séparé des salles communes que par le chemin de ronde, et les communications sont incessantes entre ce pavillon et le reste de l'hôpital.

M. DU CASTEL fait observer que l'extrême gauche de l'hôpital, où deux des malades signalés par M. Du Mesnil étaient couchés, est très rapprochée du pavillon des varioleux.

M. SEVESTRE cite deux cas intérieurs de variole, survenus dans ses salles, à Tenon.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ réclame un règlement plus sévère concernant l'isolement des varioleux et espère que l'administration voudra bien s'occuper de cette question.

—

M. SOREL, membre correspondant, lit un mémoire intitulé : *Sur les adhérences pleurales anciennes*. (Sera publié.)

M. SOREL lit une observation intitulée : *Aphasie, hémiplégie droite avec hémianesthésie dans le cours d'une fièvre typhoïde*. (Sera publiée.)

—

M. Dumontpallier lit une note intitulée : *Contribution à l'étude de la réfrigération du corps humain dans les maladies à hyperthermie, et particulièrement dans la fièvre typhoïde.* (Sera publiée.)

M. Dujardin-Beaumetz : Je serais heureux de connaître les résultats obtenus par M. Dumontpallier ; notre collègue peut-il nous fournir un statistique ?

M. Dumontpallier : Je n'ai pas cité de chiffres, parce que je n'accorde pas une grande importance aux statistiques en médecine. Toutefois, je peux dire que dans une première série, comprenant sans distinction les formes graves et les formes bénignes, je n'ai eu que 3 décès sur 70 cas. J'étais alors admirablement secondé par mes élèves qui s'étaient enthousiasmés pour mon appareil et en surveillaient l'emploi jour et nuit. Lorsque je fus bien renseigné sur la valeur de mon procédé de réfrigération, je ne l'employai plus que dans les cas pour ainsi dire désespérés; j'ai obtenu 75 pour 100 de succès chez les hommes et 50 pour 100 chez les femmes.

M. Dujardin-Beaumetz : M. Dumontpallier pense que l'abaissement de la température ne favorise pas la production des congestions viscérales ; cette opinion est en contradiction avec les idées qui ont généralement cours à ce sujet. Le refroidissement n'est-il pas la cause la plus commune des congestions et des phlegmasies ? Il serait bien étonnant que le froid n'ait pas toujours le même mode d'action et ne produise pas toujours les mêmes effets.

M. Dumontpallier : J'ai dit que je ne produisais point de congestions viscérales avec mon appareil réfrigérateur. Pour le soutenir, je m'appuie d'abord sur les expériences de M. Laffont qui démontrent que chez les animaux le refroidissement lent et progressif ne détermine aucune congestion viscérale. Je m'appuie en second lieu sur mon observation clinique. Je citerai surtout deux faits qui me paraissent très probants : un homme de 23 ans arrive à l'hôpital le septième jour de sa maladie avec une congestion pulmonaire très accusée. Je le mis dans l'appareil; le lendemain, cette congestion était beaucoup moindre; le surlendemain, elle avait disparu. Dans le second cas, il s'agissait d'une congestion rénale avec albuminurie; j'obtins encore un résultat favorable et très rapide. Je crois donc que l'on ne doit pas craindre de produire des congestions par l'emploi de mon appareil; et je vais plus loin, je dis que les congestions, lorsqu'elles existent, se trouvent bien de mon traitement. Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer les différences qui existent entre ma méthode et celle de Brand; je ne procède point par coups brusques, ce qui peut, on le conçoit, déterminer une certaine répercussion; avec mon appareil, je produis un refroidissement lent et progressif et je le modère à volonté.

M. Bucquoy : J'ai souvent employé non pas les bains froids, mais les bains tièdes ou les bains à 25°-26° dans la forme ataxo-adynamique de la fièvre typhoïde avec hyperthermie et congestion pulmonaire; sous l'influence de cette réfrigération modérée, j'ai remarqué que les phénomènes congestifs s'amendaient considérablement. Je suis donc loin, pour ma part, de considérer la congestion pulmonaire comme une contre-indication à cette méthode de traitement; bien plus, j'attribue à cette réfrigération modérée des effets décongestionnants.

M. Dumontpallier : J'invoquerai également l'expérience de M. Bondet (de Lyon), qui ne s'est pas associé à la manifestation de ses confrères en faveur des bains froids, mais qui les réserve précisément pour les cas de fièvre typhoïde grave compliquée de congestion pulmonaire.

M. Dujardin-Beaumetz : Je demande de nouveau à M. Dumontpallier s'il maintient que, d'une façon générale, en dehors de la fièvre typhoïde, le refroidissement ne provoque pas de congestions viscérales. Pourrait-on, par exemple, soumettre impunément à une méthode quelconque de réfrigération un malade atteint d'une congestion rénale ?

M. Dumontpallier : Mes premières expériences physiologiques ont été faites sur un homme vigoureux; elles ont été très nombreuses; jamais il ne s'est produit chez cet homme de congestions viscérales. Je rappellerai encore les expériences de M. Laffont, qui n'a jamais trouvé de congestion pulmonaire ou autre à l'autopsie des animaux qu'il avait soumis au refroidissement. Enfin, ai-je besoin d'y revenir, je n'ai jamais constaté cette complication chez mes malades.

M. Dujardin-Beaumetz demande que la discussion soit remise à la prochaine séance.

—

M. T. Gallard communique une observation de *typhlite avec pérityphlite chez un homme de 44 ans; guérison.* (Voyez : *Union Médicale* du 19 avril 1883.)

— La séance est levée à cinq heures et quart. *Le secrétaire*, Troisier.

FORMULAIRE

DES APPLICATIONS D'EAU CHAUDE DANS LE TÉTANOS. — SPŒRER.

Dans le traitement du tétanos et du trismus, Spœrer a employé avec succès des compresses d'eau chaude. Il plonge un morceau de flanelle grossière dans de l'eau aussi chaude que la main peut la supporter (50 à 55°) et il applique cette flanelle sur l'occiput et le long du rachis.

N. G.

INJECTIONS DE CANTHARIDINE. — LABOULBÈNE.

Cantharidine.	0 gr 10 à 0 gr 20 centigr.
Chloroforme	10 grammes.

Faites dissoudre. — Cette solution extrêmement vésicante peut-être employée : soit en injections interstitielles pour mortifier et faire tomber les tumeurs cutanées de petit volume ; soit en injections hypodermiques, pour exciter les contractions vésicales ou pour agir sur l'ensemble de l'appareil génito-urinaire. — N. G.

COURRIER

Testimonial d'un grand nombre de médecins anglais à M. Ernest Hart. — Nous reproduisons avec plaisir les lignes suivantes, empruntées au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Un des derniers numéros du *British medical* donnait un compte rendu d'une cérémonie très intéressante pour la profession. Un grand nombre de médecins anglais se sont réunis, pour une manifestation en faveur du rédacteur en chef du *British médical journal*, M. Ernest Hart, et ont offert par souscription à Mme Hart un excellent portrait de son mari.

Ces manifestations confraternelles sont en grand honneur en Angleterre et contribuent à maintenir la solidarité du corps médical. Celle-ci s'adressait à un des hommes qui ont le plus mérité de la profession en Anglelerre. Rien ne saurait donner une idée de l'œuvre accomplie par M. Hart, de l'activité prodigieuse développée par lui. C'est à lui certainement que l'Association Britannique doit son merveilleux développement. Elle était bien modeste quand il devint le rédacteur en chef du journal et l'âme de toutes les commissions.

Une grande part de son influence médicale et sociale revient à M. Hart. Dans tous les actes de défense professionnelle on retrouve sa main ; tous les progrès de l'hygiène ont été touchés par lui ; il a fait encore récemment une campagne vigoureuse pour les vivisections, et ses travaux sur la propagation des maladies par le lait sont bien connus. En outre, c'est un philantrope convaincu, pratique ; il mène vivement la poursuite de l'alcoolisme et la fondation d'établissements destinés à favoriser l'usage des boissons non alcooliques.

Le choix du testimonial était excellent. Mme Hart est l'aide le plus actif de son mari : élève de l'École de médecine de Paris, élève du laboratoire de Ranvier, elle prend la plus large part aux travaux de M. Hart et à toutes ses œuvres ds bienfaisance ; elle a beaucoup contribué au développement de l'École de médecine pour les femmes. A l'amour du progrès, à leur empressement aux travaux de tout genre M. et Mme Hart ont toujours joint une sympathie et une hospitalité très grande pour le corps médical français ; nous sommes heureux de signaler la grande manifestation du corps médical anglais en leur faveur et de dire combien elle est appréciée comme par tous ceux qui les connnaissent.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Bourdeillette, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Périgueux le 26 novembre 1882, dans sa 52e année.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 mai 1883, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes s'ouvrira, le 9 novembre 1883, à l'École de médecine de Poitiers.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 mai 1883, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine, d'hygiène et thérapeutique s'ouvrira, le 19 novembre 1883 à l'École de médecine de Tours.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

(ASILE SAINTE-ANNE. — Février 1883.)

DES HALLUCINATIONS BILATÉRALES A CARACTÈRE DIFFÉRENT SUIVANT LE COTÉ AFFECTÉ, DANS LE DÉLIRE CHRONIQUE.

Leçon clinique de M. MAGNAN, et démonstration expérimentale du siège hémilatéral ou bilatéral cérébral des hallucinations,

par M. DUMONTPALLIER, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Conférence sténographiée par le Dr MORICOURT.

Dans une série de leçons cliniques sur les délires chroniques accompagnés d'idées mystiques ou religieuses, M. Magnan s'arrêtant à l'un des syndromes les plus intéressants de la maladie, aux hallucinations, s'est appliqué à mettre en relief deux variétés de ces troubles sensoriels : les hallucinations unilatérales déjà connues et les hallucinations bilatérales à caractère différent, suivant le côté affecté, qui méritent une étude spéciale.

D'une manière générale, les hallucinations dans les délires chroniques suivent une marche parallèle aux conceptions délirantes, et comme celles-ci, après avoir présenté à l'origine un caractère pénible, elles affectent plus tard un caractère ambitieux qui se met en harmonie avec les idées expansives du délire. Les hallucinations unilatérales, de même que les hallucinations bilatérales de nature différente suivant le côté, ne manquent pas à cette règle. Les hallucinations unilatérales sont tristes dès le début, et ce n'est qu'à la longue qu'elles se transforment en hallucinations agréables. Quant aux hallucinations bilatérales de nature distincte, celles qui offrent un caractère pénible se cantonnent dans une des deux moitiés symétriques de l'appareil sensoriel et plus tard lorsqu'apparaissent les hallucinations de nature expansive, c'est sur l'autre moitié restée libre qu'elles s'installent ; à ce moment, les deux formes d'hallucinations sont simultanées, mais chacune conserve son siège primitif : hallucinations gaies dans l'oreille droite, par exemple, hallucinations tristes dans l'oreille gauche ou réciproquement. Un des malades examinés présente d'une façon remarquable cette régularité de marche conforme à celle du délire lui-même.

Les hallucinations pénibles, se traduisant par des injures, des menaces, siègent dans l'oreille droite depuis huit ans ; les hallucinations agréables, pleines de promesses, bonnes conseillères, se montrent constamment à gauche depuis cinq ans. Celles-ci prédominent aujourd'hui, tandis qu'au contraire, au début, les hallucinations pénibles du côté droit étaient les seules accusées par le malade. Quelle que soit, au début, la cause pénible, qu'il s'agisse du diable, ou d'une persécution simple, du magnétisme, de l'électricité, de poisons ou d'une offense d'un autre genre, au bout d'un temps plus ou moins long, arrive le tour des hallucinations agréables qui, peu à peu, deviennent prédominantes; si bien que le démonopathe devient plns tard théomane et le persécuté finit par se montrer ambitieux ou mégalomane. La démonomanie, la théomanie ne sont point, ainsi qu'on l'a écrit encore récemment, denx maladies distinctes mais bien deux phases différentes, deux étapes du même délire, la première pénible, la seconde expansive. Un défaut d'observation, une étude incomplète des faits est cause de ces erreurs cliniques.

Pour déterminer le siège des hallucinations, M. Magnan a successivement passé

en revue la théorie périphérique ou sensorielle, qui place dans l'organe des sens le siège de l'hallucination, la théorie psychique qui la localise dans le centre d'idéation; la théorie mixte ou psycho-sensorielle, et enfin, une théorie mise en avant par Tamburini qui reconnaît pour siège des hallucinations les centres sensitifs ou perceptifs de la couche corticale. C'est à cette dernière théorie basée sur la physiologie et l'anatomie pathologtque que se rattache le médecin de l'asile Sainte-Anne, puisant des preuves solides dans les faits si curieux de cécité et de surdité des mots ou cécité et surdité psychiques dont il présente deux nouvelles observations avec autopsie.

Tous ces faits, et en particulier les hallucinations de nature distincte suivant le côté, prouvent cliniquement l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. C'est pour donner la démonstration expérimentale de ces mêmes phénomènes que M. Dumontpallier, par des expériences sur une malade de son service de l'hôpital de la Pitié, hyptérique hypnotisée, va déterminer dans les centres corticaux perceptifs de l'un et de l'autre hémisphère des hallucinations de nature différente sur l'un et l'autre hémisphère. Dans cet état, la malade hystérique entendra et verra des choses agréables à droite, entendra et verra de choses pénibles à gauche, et se trouvera dans des conditions analogues aux hallucinés que je vous ai présentés.

Après cet exposé, le médecin de l'asile Sainte-Anne invite M. Dumontpallier à prendre la parole.

Messieurs,

Je remercie M. Magnan de la confiance qu'il veut bien me témoigner en m'invitant à faire devant vous la démonstration expérimentale des faits de physiologie mentale qu'il vient de vous exposer. Il vous a dit que les hallucinations unilatérales et bilatérales avaient leur siège dans les centres sensitifs ou perceptifs de la couche corticale du cerveau.

Je vais démontrer par diverses expériences, sur une malade hystérique hypnotisable, l'exactitude de la théorie des hallucinations que M. Magnan a établie par l'étude clinique et par l'anatomie pathologique.

Je constate d'abord, avec une grande satisfaction, que M. Magnan et moi nous sommes complètement d'accord sur l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral. Des faits d'anatomie pathologique rapprochés de certaines observations cliniques avaient déjà fait entrevoir, et plus tard ont donné la démonstration la plus absolue de cette indépendance pour le mouvement et la sensibilité. Mais cette indépendance fonctionnelle avait été moins étudiée au point de vue des troubles intellectuels et en particulier pour les hallucinations. Cette indépendance permet d'interpréter plusieurs phénomènes cliniques de la pathologie mentale.

Je vais vous montrer en effet qu'il est possible, dans certaines conditions expérimentales, de dédoubler l'organe de la pensée, d'isoler les fonctions de chaque hémisphère cérébral, et de faire naître simultanément dans l'un et l'autre hémisphère des hallucinations de caractère différent.

Ces faits me paraissent aujourd'hui bien établis et à l'abri de toute contestation sérieuse.

Mais, pour bien saisir la théorie des expériences successives que je vais faire devant vous, il importe de remarquer que la motilité et la sensibilité du corps humain ont pour chaque côté du corps leur source, leur origine nerveuse dans l'hémisphère cérébral du côté opposé. Une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau fait la paralysie du côté droit, et l'excitation périphérique du côté gauche du corps est perçue par l'hémisphère cérébral droit. Vous comprendrez par là comment en excitant la sensibilité générale ou spéciale du côté droit du corps, je déterminerai des actes qui auront leur siège dans l'hémisphère cérébral gauche, de même que si j'excite la sensibilité du côté gauche, c'est l'hémisphère cérébral droit que je mettrai en activité.

Je vous montrerai que l'on peut à volonté rendre une moitié du cerveau complè-

tement inerte si bien que la sensibilité et le mouvement n'existeront plus que d'un seul côté du corps; puis, par le *transfert* expérimental, nous pourrons transporter l'activité d'un hémisphère cérébral à l'autre hémisqhère, c'est-à-dire que je pourrai à volonté paralyser l'une ou l'autre moitié du cerveau, de même que je pourrai toujours, dans certaines conditions déterminées, faire naître des perceptions différentes dans chaque hémisphère cérébral, lesquelles perceptions se traduiront par une mimique et des actes qui traduiront les perceptions cérébrales.

La malade sur laquelle je vais faire ces expériences est hémi-anesthésique du côté gauche, c'est-à-dire qu'elle n'a conservé la sensibilité que du côté droit du corps, et par conséquent son hémisphère cérébral gauche seul est actif. Je vais mettre cette malade en état d'hypnotisme. On entend par là un état spécial du système nerveux présentant trois périodes principales : la période léthargique, la période cataleptique et la période somnambulique, qui ont chacune des caractères très nets, caractères qui ont été étudiés avec une grande sagacité par M. Charcot. De plus, le savant professeur de la Salpêtrière a appelé l'attention et cela d'une façon toute spéciale sur l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la période léthargique, et il en a fait un caractère majeur, démonstratif de la réalité de l'hypnotisme. Mais cette hyperexcitabilité n'existait pour M. Charcot que dans la période léthargique; un de mes élèves, M. Magnin et moi, nous avons constaté que l'hyperexcitabilité existe aussi dans les deux autres périodes de l'hypnotisme, à la condition d'avoir recours aux agents susceptibles de mettre cette hyperexcitabilité en manifestation. Il résulte donc de ces faits que la simulation est impossible de la part des personnes soumises à l'expérience, puisqu'elles ignorent les agents qui peuvent agir dans l'une ou l'autre période de l'hypnotisme, et l'on a ainsi pour chaque période de l'hypnotisme un réactif physiologique qui établit la réalité scientifique des phénomènes produits par l'expérimentation.

Quand on veut démontrer l'activité d'un hémisphère cérébral, il convient d'agir sur les parties du corps et sur les organes des sens qui sont excitables. Par conséquent, quand je vais hypnotiser, par l'action du regard, cette malade hémianesthésique, l'hypnotisme n'aura d'effet que sur un seul côté du corps et du cerveau.

Cette malade n'entend que de l'oreille droite, ne voit que de l'œil droit; elle ne sent que de la narine droite.

Maintenant que j'ai déterminé la léthargie par l'action du regard, vous pouvez constater que la malade est absolument analgésique, même du côté droit où elle sentait la piqûre avant l'hypnotisation. Je pourrais transpercer son bras de part en part sans qu'elle manifeste la moindre douleur. Le bras droit qui avait conservé sa motilité avant le sommeil provoqué, est maintenant en résolution complète comme le bras gauche. Cependant, le malade n'est en léthargie que du côté droit. En effet, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe qu'à droite; si je frotte la peau, je détermine aussitôt une contracture du côté droit, tandis que du côté gauche la percussion et le frottement ne mettent en jeu aucun réflexe. De plus, ainsi que je l'ai déjà démontré depuis longtemps, la cause qui a servi à produire la contracture, c'est-à-dire le frottement, suffit à la faire disparaître, en agissant sur la région primitivement excitée.

Cette malade est donc absolument inerte du côté gauche; elle n'est léthargique que du côté droit. La preuve, c'est que c'est seulement en agissant à droite, du côté où existe l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, que je vais pouvoir la rendre cataleptique et somnambulique par les procédés ordinaires. Du côté gauche, je ne produirai ni catalepsie, ni somnambulisme, parce que son hémisphère cérébral droit a perdu toute excitabilité. En effet, j'écarte les deux paupières supérieures et aussitôt le bras droit conserve la position que je lui donne. A gauche, au contraire, le bras soulevé retombe comme celui d'un cadavre. Ainsi donc, quand j'ai ouvert les deux yeux, la lumière n'a agi que sur la rétine droite, c'est-à-dire sur le cerveau gauche, qui seul est actif en ce moment et je n'ai déterminé que la catalepsie hémilatérale. L'action de la lumière, au contraire, a été négative sur la rétine gauche parce que le cerveau droit est resté inactif.

Les choses vont se passer de même pour le somnambulisme. J'exerce une pression sur la région latérale droite du vertex, qui seul est sensible, la malade devient somnambule du côté droit seulement. Je lui ordonne de lever les bras; elle exécute aussitôt ce mouvement avec le bras droit, mais elle ne peut lever le bras gauche. Dans ces conditions, elle est insensible à la piqûre des deux côtés; l'analgésie est en effet un des caractères de la période somnambulique.

La série de ces expériences ne démontre-t-elle pas que chez notre malade un seul hémisphère cérébral est actif.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

L'ÉLECTRICITÉ COMME FORCE MOTRICE, par le comte Th. DU MONCEL, membre de l'Institut, t M. FRANCK-GÉRALDY, ingénieur des Ponts et chaussées. — Ouvrage illustré de 112 figures dessinées sur bois. — Paris, librairie Hachette et Ce.

« La force motrice est la base de la plupart des grandes industries, et dès les premiers âges du monde on s'est occupé d'en rechercher des sources économiques et fécondes. » On a demandé cette force d'abord aux muscles de l'homme et des animaux; puis à la pesanteur, aux cours d'eau, à l'air. Denis Papin ouvrit une nouvelle voie en découvrant la force expansive de la vapeur. N'oublions pas que Denis Papin était médecin, et que, par sa découverte, qui est une des plus fécondes découvertes de l'intelligence humaine, il a fait le plus grand honneur à la famille médicale, dont il est un des membres les plus illustres. Mais le génie de 'homme ne s'est point arrêté là. « ... Le problème a pu être résolu dans ces derniers temps d'une manière satisfaisante par un moyen nouveau, par l'intermédiaire d'un agent physique auquel on n'aurait guère pensé pour cette fonction il y a un demi-siècle à peine, et qui dans es derniers temps est venu nous révéler des effets que l'on oserait à peine concevoir. Quand n pense que l'on peut aujourd'hui transporter à toute distance une force de plusieurs chevaux par un fil que l'on pourrait faire passer par le trou d'une serrure, sans qu'on découvre en lui aucun mouvement, aucun changement dans son aspect, l'imagination elle-même est stupéfiée et l'on se demande si ce n'est pas de la magie! Tel est cependant ce que peuvent produire aujourd'hui les électromoteurs... » C'est pour nous décrire, nous expliquer, nous faire connaître ces nouveaux engins que MM. Du Moncel et Géraldy ont écrit le livre intéressant que nous avons sous les yeux. Mais tout d'abord, pour permettre de bien saisir les parties techniques de la question, ils ont présenté quelques notions préliminaires sur les organes électriques employés dans ces sortes de moteurs. C'est ainsi qu'ils ont exposé les principes sur lesquels est fondée la construction des électromoteurs, qu'ils ont dessiné les différentes sortes d'électro-aimants en faisant connaître les meilleures conditions de leur construction, qu'ils ont savamment résumé les lois des électro-aimants et développé les moyens propres à diminuer les effets nuisibles produits dans les électromoteurs, etc.

Après ces notions préliminaires indispensables, les auteurs sont entrés en matière, divisant leur travail en deux parties : « l'une traitant de la première phase dans laquelle sont entrés les moteurs électriques depuis leur origine jusqu'au moment où l'on a pensé à recourir au principe de la réversibilité des machines d'induction, l'autre traitant de cette seconde phase de la question, de tout ce qui se rapporte aux recherches et applications qu'on a faites du principe de la reversibilité aux moteurs industriels, au transport de la force et à sa distribution à domicile. »

La première partie est constituée par la description d'une multitude de moteurs fondés sur divers principes, plus ou moins ingénieux, plus ou moins heureux, qui sont parfaitement représentés et savamment expliqués. On ne lit pas sans admiration le récit de tant de travaux, qui ont coûté tant de dépense de science et d'argent; mais l'intérêt commence surtout à la seconde partie. « ... Tandis que des essais habiles et persévérants s'accumulaient infructueusement de ce côté, un autre principe se développait peu à peu, une autre action électrique recevait des applications de plus en plus nombreuses, et c'est de là que devait venir enfin la réussite. — Cette action a été nommée *induction* par Faraday, qui l'a découverte en 1832 ... »

Les auteurs ne se sont pas bornés à exposer comment on peut manifester cette action, ils ont de plus rappelé comment les machines industrielles de nos jours si importantes sont nées de l'expérience de Faraday. Cette explication est du plus haut intérêt. Dans cette seconde partie, les auteurs ont décrit surtout avec une certaine étendue les machines de Gramme et

de Siemens parce qu'elles se rencontrent constamment dans les industries électriques et qu'elles sont les principaux agents de la production et du transport de la force par l'électricité. Puis viennent les machines crées jusqu'à présent et leurs applications à l'industrie, à la navigation, au labourage, à la traction des voitures; les auteurs n'ont point oublié la grue électrique, l'ascenseur électrique, le tramway électrique, la locomotive électrique, etc. Toutes ces créations sont représentées par d'excellents dessins et expliquées avec beaucoup de soin.

Le livre que nous signalons fait partie de la *Bibliothèque des merveilles* éditée par l'éminente librairie Hachette, et l'on peut dire qu'il justifie largement ce titre; c'est en vérité un recueil de merveilles, dont la lecture se soutient vivement par l'excitation de la science et de la curiosité. Rien n'est plus instructif, et rien ne mérite plus d'avoir des lecteurs nombreux.

G. Richelot père.

CHRONIQUE

Médecins et pharmaciens réservistes — M. le ministre de la guerre a pensé qu'il était indispensable d'initier, dans les temps de paix, les médecins et pharmaciens de réserve à la pratique de leur service en campagne. Il a prié le ministre de l'intérieur d'ouvrir, auprès des préfets, une enquête qui fera connaître dans quelles conditions ces fonctionnaires pourront être convoqués, sans qu'il en résulte aucun inconvénient pour les communes où ils exercent leur profession. Jusqu'à présent, les docteurs nommés aide-majors dans la réserve de l'armée active n'étaient soumis qu'à l'obligation de se présenter une fois par an et à une époque déterminée d'avance, devant leur chef de corps. Nous croyons, ajoute le *Temps*, qui donne cette nouvelle, qu'il y aurait intérêt à les convoquer à l'époque des appels, soit des réservistes, soit de l'armée territoriale; ils seraient alors les auxiliaires naturels de leurs collègues de l'armée active et ils se familiariseraient en même temps avec les détails de la vie militaire.

Cette catégorie d'officiers de réserve ne contient pas moins de 900 médecins et de 100 pharmaciens.

Stations maritimes pour les enfants malades en Allemagne. — La *Revue d'hygiène* nous apprend que, à l'imitation de ce qui se fait depuis longtemps en Italie, il vient de se fonder à Berlin, sous le patronage du prince et de la princesse royale, une Société pour l'établissement de *Sanatoria* sur les bords de la mer Baltique et de la mer du Nord, pour les enfants faibles ou malades. M. le docteur Ewald (de Berlin) est le secrétaire et l'un des instigateurs de cette fondation. On a déjà construit un petit hôpital-baraque de 50 à 60 lits à Wyl (Föhr), à Norderney (20 à 25 lits); à Zappot, près de Dantzig, l'hôpital est en voie de construction, etc. — La France, qui a une si longue étendue de côtes baignées du soleil, ne voudra pas rester en retard sur les autres pays, et les succès obtenus à Berk-sur-Mer l'encourageront à multiplier les stations maritimes pour les enfants rachitiques, scrofuleux ou débiles sur les côtes de la Méditerranée, de l'Océan et de la Manche.

Réforme de l'admission des malades dans les hôpitaux. — Il était d'usage depuis longtemps de ne pas recevoir dans les hôpitaux de Paris les malades qui s'y présentaient, à moins que, blessés sur la voie publique, ils ne fussent envoyés par les soins des commissaires de police, ou reçus par les médecins chargés de passer la visite, chaque matin, à dix heures.

Il en résultait que les malheureux qui se présentaient dans l'après-midi dans ces établissements, étaient envoyés au bureau central des hôpitaux, place du Parvis-Notre-Dame. C'est de là qu'ils se dirigeaient, à pied, sur l'établissement qui leur était désigné.

Dorénavant, tous les directeurs d'établissements hospitaliers recevront provisoirement dans leurs salles tous les malades qui se présenteront; ils feront connaître ces admissions provisoires au bureau central, par dépêche télégraphique.

On leur désignera, le plus tôt qu'il sera possible, sur quel établissement ils doivent diriger les malades, qui, d'ailleurs, devront y être conduits en voiture.

Les directeurs ont en outre reçu l'ordre de distribuer, chaque matin, aux gens qui se présenteront dans les hôpitaux, les aliments provenant des repas de la veille, au lieu de les vendre à un entrepreneur chargé de ramasser les eaux grasses, ainsi qu'on le faisait précédemment pour un bénéfice infime.

Une prison modèle à Berlin. — Voici de curieux détails sur la plus grande prison qui existe au monde, la maison de détention préventive du nouveau palais de justice du quartier de Moabit, à Berlin, qui vient d'etre achevée :

Cet édifice monumental se compose de six bâtiments particuliers dans lesquels ont été

transférés tous les prévenus, hommes et femmes, enfermés jusqu'ici dans les diverses prisons de la capitale.

La prison des hommes comprend un rez-de-chaussée, quatre étages, 732 cellules séparées, des salles d'emprisonnement communes pour 195 accusés, 40 chambres pour les surveillants, et des dortoirs pour 118 hommes chargés du nettoyage. Les cellules isolées ont chacune une fenêtre de 10 pieds de haut.

Six cellules isolées ont été disposées dans les soubassements ou caves de l'édifice pour enfermer les prévenus qui se rendent passibles de peines disciplinaires, les soupiraux de ces cellules sont munis de volets en fer, afin d'obtenir une obscurité complète en cas de besoin, et d'appareils pour enchaîner ceux qui opposent de la résistance aux gardiens.

Dans les caves, on trouve encore des dortoirs pour les hommes de service des cuisines, des calorifères qui chauffent la prison, des salles de bain. L'intérieur de l'édifice est construit en forme de galeries donnant toutes sur un « hall » central, de sorte que du rez-de-chaussée on peut voir jusqu'au sommet de la prison.

La prison des hommes, qui est séparée des cinq autres bâtiments par un mur de 5 mètres de haut, renferme une église et quatre cours spacieuses, dallées, où les prévenus peuvent se promener.

La prison des femmes ne contient que 70 cellules séparées et 15 grands dortoirs. On peut y loger 220 femmes. Les dortoirs sont divisés en boxes qui renferment chacun un lit, et que l'on ferme à clef la nuit dès que les prisonnières y sont entrées.

Mouvement de la population à Paris en 1882. — Le service de la statistique générale vient de terminer le relevé, pour 1882, des chiffres définitifs des mariages, naissances et décès concernant Paris.

Il résulte de ce curieux travail qu'il a été célébré, l'année dernière, 21,411 mariages, se décomposant comme suit :

Entre garçons et filles, 17,570; entre garçons et veuves, 1,206; entre veufs et filles, 1,710; entre veufs et veuves, 904.....

On a enregistré, au cours de la même année, 62,581 naissances, dont 31,828 enfants du sexe masculin et 30,753 du sexe féminin.

Sous le rapport de l'état-civil, le nombre des naissances ci-dessus indiquées comprend : Enfants légitimes, 46,059; enfants naturels reconnus, 3,471; enfants naturels non reconnus, 13,051.

Quant aux décès, ils ont été au nombre de 58,702, soit une différence de 3,879 en plus en faveur des naissances.

Un dernier chiffre : Au cours de l'année dernière, on a compté 767 suicides, dont 612 hommes et 155 femmes.

Les aveugles en France. — Un de nos confrères donne les détails suivants sur le nombre et le sort des aveugles en France :

On compte 28,000 aveugles, ne possédant aucune ressource, et dont l'existence dépend de la charité publique.

Sur ce nombre, il y a 7 ou 8,000 enfants, dont 400 seulement reçoivent une éducation professionnelle.

200 environ sont élevés dans l'institution nationale des jeunes aveugles, les autres sont repartis dans des établissements dus à l'initiative privée.

Il faut ajouter que la maison des Quinze-Vingts offre un refuge à 300 pensionnaires et distribue des secours à un certain nombre d'autres malheureux privés de la vue.

Au total, cela fait 1,000 aveugles à qui l'on accorde les soins nécessaires et dont on assure la vie par le travail ou la charité.

Donc, 27,000 de ces infortunés, au moins, se trouvent livrés à la plus affreuse misère et sont absolument dans l'obligation de mendier ou de mourir de faim.

C'est à ce lamentable état de choses qu'il s'agit de remédier et, dans ce but, une société s'est formée qui a pour programme de créer des ateliers où seraient admis des aveugles qui deviendraient, après un temps d'apprentissage, capables d'exercer un métier manuel.

Une école professionnelle fonctionne déjà à Paris et les résultats obtenus sont des plus satisfaisants.

Cet atelier livre au commerce des chaises rempaillées, de la brosserie, de la vannerie, de la sparterie. Elle a l'entretien des chaises des jardins publics, de plusieurs pensionnats et magasins de Paris. Elle fournit de brosserie la plupart des grands hôtels et un grand nombre de maisons particulières.

Ce n'est là qu'un essai, une expérience des plus intéressantes, mais qui ne peut profiter

immédiatement à un grand nombre d'infirmes. Le nombre des aveugles admis à cette école modèle est, en effet, limité jusqu'à ce jour à vingt-cinq, qui se renouvellent lorsque l'apprentissage est terminé.

Circulaire relative à la variole. — La circulaire qui suit a été adressée par M. le Préfet de police, à la date du 12 avril, aux Commissaires de police des divers quartiers de Paris :

Aux termes d'une circulaire en date du 30 avril 1881, je vous ai priés de rappeler à vos administrés que la vaccine est la mesure prophylactique reconnue la plus efficace contre la variole. Néanmoins, il arrive fréquemment que les intéressés négligent de mettre à profit les moyens de se faire vacciner ou revacciner, soit par insouciance, soit par ignorance des facilités mises à leur disposition. Dans le but de fournir au public des indications précises, je vous transmets ci-inclus un tableau portant désignation, par arrondissement, des locaux où ont lieu les vaccinations, ainsi que des jours et heures des séances.

Toutes les fois qu'un cas de variole vous sera signalé, vous aurez soin non seulement de veiller à l'exécution des mesures de désinfection, mais encore d'inscrire au bas de l'instruction que je vous adresse, et qui doit être communiquée aux locataires (1), les jours et heures de vaccination, et les locaux où, dans votre arrondissement, cette opération doit avoir lieu.

Je vous recommande particulièrement de prendre les dispositions nécessaires pour assurer l'observation des instructions qui précèdent, dans les garnis et hôtels meublés, attendu que les personnes nouvellement arrivées à Paris paraissent plus que d'autres susceptibles de contracter la variole. Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire.

Indication des jours, heures et locaux affectés aux vaccinations et revaccinations. — 1er arrondissement. Mercredi, à 1 heure, maison de secours, rue de l'Arbre-Sec, 17. Samedi, à 1 heure, maison de secours, rue du Marché-Saint-Honoré. — 2e arrondissement. Mercredi, de 11 heures à midi, dans une salle de la mairie, rue de la Banque, 8. — 3e arrondissement. Jeudi, à 10 heures du matin, à la mairie. — 4e arrondissement. Jeudi, à 2 heures, à la mairie. — 5e arrondissement. Lundi, à 10 heures du matin, à la mairie. — 6e et 7e arrondissements. Jeudi, de 1 heure à 2 heures, à la mairie. — 8e arrondissement. Mardi, à 2 heures, à la mairie. — 9e arrondissement. Mercredi, à 1 heure, à la mairie. — 10e arrondissement. Mercredi, à 9 heures du matin, à la mairie. — 11e arrondissement. Mercredi et vendredi, à 10 heures du matin, à la mairie. — 12e arrondissement. Mercredi, à 9 heures du matin, maison de secours, rue de Citeaux. — 13e arrondissement. Mardi, à 10 heures du matin, à la mairie. — 14e arrondissement. Samedi, à 2 heures, dans le préau de l'Ecole des filles, place de Montrouge. — 15e arrondissement. Lundi, à 10 heures du matin, rue de Vaugirard, 149; mercredi, à 10 heures du matin, rue Violet, 69. — 16e arrondissement. Jeudi, à 1 heure, à la mairie. — 17e arrondissement. Jeudi, de midi à 1 heure, maison de secours, rue Legendre, 62 *bis*. Mercredi, de midi à 1 heure, rue de Villiers, 15. — 18e arrondissement. Jeudi, à 9 heures du matin, alternativement : rue de Clignancourt, 63 (école de garçons), rue de la Guadeloupe, 2 (école de garçons), rue Lepic, 62 (école de garçons). — 19e arrondissement. Lundi, à 10 heures du matin, maison de secours, rue Jomard, 1. Jeudi, à 10 heures du matin, à l'école de la rue de Puébla, 69. — 20e arrondissement. Jeudi, à 9 heures du matin, à la mairie.

(1) Extrait de l'*Instruction* approuvée par le Conseil d'hygiène et de salubrité, le 10 février 1880 : « Les habitants de la maison contaminée par la variole, et, autant que possible, même les habitants voisins, seront invités à se faire vacciner ou revacciner, s'il y a plus de dix ans qu'ils n'ont pas été soumis à la vaccination. On insistera sur ce point, en leur rappelant que cette opération ne présente aucun danger pour la santé, même en temps d'épidémie. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mai 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Suite de la discussion relative à l'influence du traumatisme sur les propathies. — Communication sur la méthode de la réduction du pédicule dans l'opération de l'hystérectomie. — Appareil pour le traitement des fractures de la clavicule.

M. VERNEUIL à la parole pour la continuation de la discussion relative à l'influence du traumatisme sur les états morbides antérieurs en propathies.

M. Verneuil est très heureux de constater que l'entente est bien près de se faire entre lui et M. Trélat, le désaccord portant plus sur la forme que sur le fond. M. Trélat a cru que

M. Verneuil élevait à la hauteur d'une loi ce qui n'était qu'un fait contingent plus ou moins commun, et lui a reproché une généralisation excessive et inacceptable. Mais M. Verneuil n'a pas dit ni écrit que le traumatisme aggrave *toujours* les propathies, mais seulement qu'il *peut exercer et souvent en effet exerce* une action puissante sur ces maladies. D'ailleurs il ne considère pas cette action comme nécessairement aggravante, mais comme pouvant être *salutaire* ou *nuisible*, ou à la fois *salutaire* et *nuisible*.

Dans le cas de M. Redard, en effet, le malade atteint à la fois de septicémie chronique, de tuberculose pulmonaire et d'albuminurie, a vu, à la suite de l'opération, les symptômes thoraciques s'amender et les phénomènes généraux imputables à la septicémie disparaître. Mais l'albumine a notablement augmenté en même temps que la polyurie a triplé pendant quelques jours, ce qui démontre l'aggravation de la propathie rénale. Ce fait est donc une preuve de l'action à la fois *salutaire* et *nuisible* du traumatisme.

Dans le cas de M. Redard, l'aggravation n'avait pas eu jusqu'ici de conséquence funeste, mais, depuis que M. Verneuil a lu son rapport, l'état du malade s'est sensiblement aggravé; à deux reprises, en février et en avril, l'albumine a été plus abondante dans les urines, le malade a été pris de vomissement et de diarrhée; hier, enfin, il a eu un accès urémique et tout fait craindre qu'il ne succombe très prochainement à l'aggravation de la propathie rénale.

Une observation analogue a été communiquée par M. le docteur Richardière à la session de l'Association française pour l'avancement des sciences (session d'Alger 1881).

Il n'est aucune dyscrasie, aucune affection organique qui ne puisse être aggravée par le traumatisme. Les blessures légères ou graves, exposées ou interstitielles, provoquent souvent les phénomènes nerveux de l'*alcoolisme*, accroissent les symptômes ordinaires du *diabète*, rappellent les accès francs des fièvres *paludiques* ou leurs formes larvées, ou leurs accès pernicieux, réveillent les manifestations de la *diathèse syphilitique*, du *rhumatisme*, de la *goutte*.

On peut affirmer que le traumatisme intervient fréquemment dans l'apparition première, la localisation secondaire et même la généralisation de la *scrofule* et de la *tuberculose*. L'aggravation de la phthisie pulmonaire par les opérations chirurgicales n'est plus à démontrer. D'après M. Ch. Leroux, les amputations des membres chez les poitrinaires accélèrent la marche des lésions thoraciques dans la moitié des cas. C'est à cette redoutable stimulation que sont dues ces morts tout à fait imprévues qui surviennent trois, quatre, cinq ou six jours après l'ablation des membres, sans qu'il y ait eu ni septicémie, ni pyohémie, mais avec les seuls symptômes de la phthisie aiguë. L'autopsie montre très clairement d'une part les lésions anciennes antérieures à l'opération, et de l'autre la poussée de tuberculose, de pneumonie ou de pleurésie surajoutée, de date fraîche et à laquelle est due la mort. Trois fois, dans ces dernières années, M. Verneuil a observé des accidents pulmonaires survenus à la suite de simples fractures de côtes chez des tuberculeux.

Chez un malade atteint de fongus bénin du testicule, avec manifestations tuberculeuses vers le sommet des poumons, M. Verneuil a vu, le lendemain de l'opération, éclater à l'improviste des accès épileptiformes et du délire, suivis d'un état comateux rapidement terminé par la mort, moins de quarante-huit heures après l'opération. A l'autopsie, outre une congestion pulmonaire double généralisée et très intense, on trouva un tubercule cru du volume d'une noix dans l'hémisphère droit du cerveau et un autre tubercule crétacé plus petit dans le cervelet.

On connaît les relations qui existent entre les contusions du scrotum et la tuberculisation testiculaire; on accepte de plus en plus le pouvoir pathogénique du traumatisme dans les synovites articulaires ou tendineuses des scrofuleux, dans les abcès para-osseux, dans les ostéo-arthrites tuberculeuses et jusque dans le mal de Pott; on observe un retentissement du traumatisme bien plus redoutable encore dans ces méningites tuberculeuses, qui éclatent d'une façon brusque et imprévue peu de jours après une opération quelquefois peu importante. M. Lannelongue a cité trois faits de ce genre, très concluants, dans son Mémoire sur les abcès tuberculeux et la tuberculose osseuse.

M. Jules Bœckel (de Strasbourg), a rapporté quatre cas semblables consécutifs à des résections.

On trouve, du reste, des faits semblables à peu près partout; M. Verneuil en cite deux, tirés de la pratique des chirurgiens anglais Howse et Mac Even.

Des opérations non sanglantes et jusqu'à des lésions traumatiques sous-cutanées peuvent agir de la même manière. M. Verneuil en cite deux exemples : l'un, communiqué par M. Théophile Anger, est relatif à un individu qui succomba à une méningite tuberculeuse dix-sept jours après l'application de pointes de feu, pour une arthrite strumeuse du genou; l'autre, recueilli dans le service de M. Terrier, est un cas d'abcès du cerveau, survenu chez un individu atteint d'arthrite tuberculeuse et de tuberculisation pulmonaire commençante, à la suite

d'un faux pas qui avait causé une douleur violente et une tuméfaction considérable avec rougeur du genou malade et qui avait exigé le redressement de l'articulation. M. Verneuil se rappelle avoir entendu dire, il y a trente ans, à un praticien de beaucoup d'expérience et de sens pratique, Vincent Duval l'orthopédiste, qu'il fallait se méfier de la méningite consécutive au redressement brusque de la coxalgie et prévenir toujours les parents de la possibilité d'accidents cérébraux, qu'il avait observés lui-même à diverses reprises.

Les chances d'aggravation par le traumatisme sont peut-être plus grandes encore pour le cancer que pour le tubercule. La blessure directe d'un néoplasme en provoque d'ordinaire l'accroissement soudain; l'ablation incomplète d'une tumeur maligne est suivie d'ordinaire, à courte échéance, d'une récidive locale marchant avec une extrême intensité; — on enlève complètement une tumeur cancéreuse ou épithéliale, mais on ménage les ganglions lymphatiques correspondants, parce qu'on ne les trouve pas affectés ou que l'on ne croit pas à la nature spécifique de leur hypertrophie; en quelques semaines, on est détrompé par l'apparition d'adénopathies néoplasiques volumineuses et dispersées au loin.

Les cancers viscéraux ignorés au moment de l'opération antérieure prennent de même un développement excessif sous l'incitation traumatique. M. Verneuil a vu à plusieurs reprises des tumeurs secondaires du foie se révéler peu de temps après l'extirpation d'une tumeur et grossir à vue d'œil en quelques semaines. Même remarque pour ces masses intra-abdominales qui se forment à la suite de la castration pour sarcocèle, bien qu'avant l'opération l'exploration la plus minutieuse ne révélât rien de suspect.

M. Verneuil cite également des exemples d'affections chroniques limitées à des organes majeurs, tels que le cerveau, les poumons, le cœur, le foie, les reins et qui, comme les manifestations des maladies générales ou diasthésiques, subissent d'une manière non douteuse l'influence du traumatisme. Ce sont des affections *cérébrales* latentes brusquement aggravées, jusqu'à ce que mort s'ensuive, par une opération chirurgicale. M. Billroth a rapporté deux cas de méningite séreuse et d'œdéme aigu du cerveau survenus également après des traumas chirurgicaux chez des sujets atteints de lésions de la boîte crânienne, anciennes et tout à fait ignorées, sujets appartenant évidemment à la catégorie de ceux que Lasègue appelait les *cérébraux*. Lorsque le cerveau, par suite d'une affection antérieure, est devenu *lieu de moindre résistance*, il peut recevoir, comme tous les organes tarés, le contre-coup des traumas les plus divers et les plus éloignés.

Quant aux *poumons*, en dehors de l'influence déjà étudiée du traumatisme sur la tuberculose pulmonaire, M. Verneuil connaît deux cas d'opérations chirurgicales pratiquées au cours d'une pneumonie aiguë commençante, méconnue, et dans lesquels la mort suivit l'opération, d'ailleurs peu grave par elle-même: ablation d'un épithélioma de la langue, ostéotomie.

Les contusions du thorax, les fractures de côtes même les plus simples amènent parfois chez les catarrheux, les emphysémateux et les asthmatiques, des congestions pulmonaires ou des accès ds suffocation plus ou moins graves.

L'aggravation des cardiopathies latentes ou reconnues ne saurait être contesté; les faits publiés par MM. Faucher, Larue, Daniel Mollière, Guénebaud et M. Verneuil lui-même, prouvent que la mort peut être la conséquence plus ou moins éloignée de la blessure. A cette cause doivent être attribués un certain nombre de cas de mort prompte rapportés soit au choc opératoire, soit à l'action du chloroforme.

(M. Verneuil continuera son argumentation dans la prochaine séance.)

— M. Terrillon communique une observation d'hystérectomie qu'il a pratiquée dans le but d'enlever une tumeur fibreuse de l'utérus, et dans laquelle il a eu recours à la méthode de Schrœder.

Cette méthode consiste à faire la section dans l'épaisseur même du tissu de l'utérus, de manière à enlever une sorte de V de substance utérine et à constituer ainsi deux lambeaux que l'on réunit ensuite par leurs bords et leurs surfaces au moyen de deux plans de sutures fines au catgut, profondes et superficielles. On réunit de même tous les lambeaux de péritoine flottants ou adhérents au tissu de l'utérus, de telle sorte que l'oblitération de la plaie soit complète et qu'il n'y ait pas possibilité pour les liquides de s'épancher dans la cavité péritonéale. Le pédicule est ensuite réduit dans le ventre et la plaie abdominale est, enfin, suturée à son tour.

Cette méthode, contraire à la méthode ancienne, qui a pour règle de fixer le pédicule dans la plaie, aurait, suivant M. Terrillon, l'avantage de mettre beaucoup mieux à l'abri des hémorrhagies.

On procède à l'opération de la manière suivante : On commence par faire à la base de la tumeur que l'on veut enlever une ligature à l'aide du ligateur Cintrat; on pratique ensuite la section utérine, les sutures et le nettoyage de la plaie à l'abri de toute effusion de sang,

Lorsque les sutures sont entièrement terminées, on enlève la ligature temporaire et l'on voit avec une certitude absolue si la surface suturée qui devient alors turgescente donnera ou non naissance à quelque hémorrhagie ; il est facile de prévenir ou d'arrêter immédiatement la perte de sang, si elle se produit, par de nouvelles sutures.

La nouvelle méthode tend de plus en plus à remplacer l'ancienne dans la pratique. M. Terrillon a eu l'occasion de l'employer récemment dans une opération qu'il a pratiquée à la Salpêtrière, avec l'aide de ses collègues MM. Terrier et Monod, sur une femme de 44 ans atteinte d'une tumeur fibreuse de l'utérus d'un très grand volume. L'opération a parfaitement réussi ; les suites ont été des plus simples ; il n'y a eu ni fièvre, ni hémorrhagie, ni accidents d'aucune sorte.

M. Lucas-Championnière ne pense pas que la méthode ancienne, celle qui consiste à fixer le pédicule au dehors, dans la plaie abdominale, soit aussi abandonnée que le croit M. Terrillon ; pour lui, il est peu disposé à jeter cette méthode par-dessus bord. Il a eu deux fois l'occasion de pratiquer l'hystérectomie pour des corps fibreux ; dans le cas où il a fixé le pédicule en dehors, il a obtenu la guérison de la malade ; dans l'autre cas, au contraire, où, à son corps défendant et pour éviter à sa malade, femme extrêmement nerveuse, les tiraillements douloureux du pédicule, il a été forcé de réduire celui-ci dans la cavité abdominale, l'opérée a succombé. L'opération a été, du reste, pratiquée suivant un procédé très analogue à celui de M. Terrillon, qui n'a rien de spécial, suivant M. Championnière, et auquel on peut être naturellement conduit par suite de la facilité d'énucléation de la tumeur et de la dissection des lambeaux. Après la suture des lambeaux, l'oblitération de l'utérus se fait pour ainsi dire d'elle-même. Mais l'oblitération absolue des plaies péritonéales n'est pas aussi indispensable que le prétend M. Terrillon.

En résumé, l'opération dont M. Terrillon vient de communiquer une observation suivie de succès n'est pas applicable à tous les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, et il y aura toujours, d'après M. Championnière, bon nombre de cas où il sera nécessaire de laisser le pédicule au dehors, suivant les errements de l'ancienne méthode.

M. Polaillon ne croit pas que le procédé de Schrœder mette à l'abri de l'hémorrhagie aussi sûrement que le pense M. Terrillon. Sans doute il peut en être ainsi quand la section et les sutures ont été faites à la partie tout à fait inférieure de l'utérus où n'existent pas de grosses artères ; mais, quand la section remonte plus haut, on ne comprend pas comment les grosses artères pourraient être empêchées de donner du sang de manière à écarter les lambeaux et à se faire jour jusque dans la plaie et le péritoine. M. Polaillon a pratiqué une hystérectomie dans laquelle la malade est morte d'hémorrhagie veineuse produite par la déchirure du ligament large pendant les efforts de vomissement.

En résumé, la méthode de Schrœder n'est pas applicable à tous les cas, mais seulement à la partie inférieure du corps de l'utérus où il n'y a pas de grosses artères.

M. Horteloup a vu un cas semblable à celui de M. Polaillon ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie au moment de l'opération ; mais, au bout de quarante-huit heures, sont survenus des vomissements qui ont déterminé la rupture du ligament large et une hémorrhagie mortelle qui ne se fût pas produite, si le pédicule eut été fixé au dehors.

M. Marc Sée fait remarquer qu'il y a des cas où le pédicule ne peut être amené au dehors sous des tractions violentes et douloureuses qui forcent le chirurgien à le laisser dans la cavité abdominale. Mais le procédé Schrœder expose à des accidents graves dont M. Sée a été plus d'une fois témoin et qui tiennent, suivant lui, au mode défectueux de suture à points passés, adopté pour cette opération. La suture en surget ou du pelletier, recommandée par plusieurs chirurgiens, donnerait des résultats beaucoup meilleurs.

M. Terrillon répondant aux observations qui viennent de lui être faites, maintient que le procédé Schrœder est celui qui met le mieux à l'abri de l'hémorrhagie, pour les raisons qu'il a déjà indiquées. Il y a des cas cependant où le procédé n'est pas applicable par suite du volume trop considérable ou de dispositions particulières de la tumeur. Mais toutes les fois que celle-ci peut être pédiculisée, le procédé Schrœdrer est le seul applicable, à moins toutefois que l'on veuille recourir à la ligature élastique.

M. Pozzi dit que, dans un voyage en Danemark, il a eu l'occasion d'assister à une opération d'hystérectomie faite au moyen de la ligature élastique par un chirurgien de ce pays. Ce chirurgien avait déjà pratiqué trois fois cette opération et avait obtenu deux guérisons.

— A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et du rapport de M. Chauvel sur un appareil nouveau pour le traitement des fractures de la clavicule, M. Larger (de Maisons-

Laffitte) présente un bandage de son invention qu'il trouve préférable à tous ceux employés jusqu'à ce jour, tant pour les fractures de la clavicule que pour toutes celles du membre supérieur.

Ce bandage se compose : 1° d'une paire de bretelles ordinaires; 2° d'une serviette rectangulaire, d'une longueur un peu supérieure à la circonférence du thorax ; 3° de quelques épingles dites épingles de nourrice, et d'épingles ordinaires.

Les bretelles étant en place, on entoure la base du thorax, au niveau des ardillons des bretelles, avec un des grands côtés de la serviette (un peu repliée en dedans, de façon à en doubler l'épaisseur), et l'on croise en arrière les deux extrémités de cette serviette, au niveau de l'intersection des deux bretelles. On applique là une ou deux épingles de nourrice. On revient ensuite en avant. On dégage successivement le bout flottant de chaque bretelle, de l'ardillon dans lequel il est fixé. On pique cet ardillon dans le bord correspondant de la serviette, et le bout flottant de la bretelle est implanté par-dessus. La base de l'écharpe se trouve ainsi solidement fixée au thorax.

Le bras malade est ensuite placé contre la poitrine. On relève par-dessus ce dernier le bord inférieur de la serviette, qu'on replie en dedans de la manière que l'on juge convenable, et on le fixe, à l'aide d'une épingle de nourrice, à l'une et à l'autre bretelle, à la hauteur qu'on désire.

Quant aux extrémités de la serviette, on les passe : l'une, par-dessus le bras malade ; et l'autre, par-dessous le bras sain. La première, fortement serrée, maintient solidement le bras contre la poitrine, et se fixe, à l'aide d'épingles de nourrice, aux deux branches postérieures des bretelles, au niveau des omoplates. L'autre extrémité, ainsi que toutes les parties flottantes de la serviette, se rattachent à volonté, à l'aide d'épingles ordinaires. On peut encore maintenir l'avant-bras en avant par quelques points de couture ou par quelques épingles de nourrice appliquées le long de son bord cubital.

Cette écharpe immobilise parfaitement toutes les articulations du membre supérieur. Dans les lésions de l'avant-bras, M. Larger se sert d'un linge triangulaire dont la base s'applique de la même manière que précédemment et dont la pointe se relève et se fixe à la partie antérieure de la bretelle du côté malade.

Avec l'écharpe, telle que M. Larger l'applique, les malades peuvent boutonner et déboutonner leur pantalon, sans nuire en aucune façon à la solidité de l'appareil. On peut l'appliquer indifféremment sur la chemise, ou directement sur la peau, aux hommes aussi bien qu'aux femmes. A. T.

VARIÉTÉS

LE CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE ET LE FUTUR INSTITUT VACCINAL.

Dans la séance du 27 avril dernier, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a nommé une commission dans le but d'étudier les moyens d'établir à Paris un *Institut vaccinal*. Cette délibération ne saurait trouver que des applaudissements parmi la majorité des membres du Corps médical. On connaît trop les difficultés que nos confrères éprouvent parfois pour se procurer du vaccin. L'utilité d'un tel établissement n'est donc plus à démontrer, et son absence dans nos institutions d'hygiène publique officielles était certainement regrettable, alors qu'à l'étranger des instituts et des parcs vaccinogènes donnent des résultats si favorables pour l'entretien et la propagation de la vaccine.

L'*Union médicale* a souvent eu l'occasion de signaler cette lacune dans l'organisation de la médecine préventive en France. Il est de bon augure de voir le Conseil d'hygiène publique départemental prendre cette œuvre en mains, en préparer la réalisation et compléter ainsi le service si utile, mais souvent trop insuffisant de la vaccine à l'Académie de médecine. De telles innovations ont un caractère d'utitité publique qu'il faudrait méconnaître par parti pris, par intérêt ou par esprit de dénigrement pour ne pas en apprécier toute l'utilité. Espérons donc que, dans l'espèce, l'Administration écoutera les avis du Conseil d'hygiène et que la mise à exécution de ces projets ne sera pas trop tardive. — C. E.

FORMULAIRE

TAMPON CONTRE L'OZÈNE. — TERRILLON.

On lave les fosses nasales, au moyen d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à café de sel

de cuisine par litre d'eau. Un à trois litres de la solution saline suffisent, selon la quantité de croûtes à enlever. Lorsque ce résultat a été obtenu, on introduit le tampon de ouate, qui a pour but de rendre aux fosses nasales leur disposition normale, et de remplacer le cornet inférieur, quand il vient à manquer. — Ce tampon se compose d'une mince couche de ouate, enroulée autour d'une aiguille à tricoter. Sa longueur doit-être de 5 à 6 centimètres et son volume celui d'un porte-plume environ. On le pousse dans le nez d'avant en arrière, dans la direction de l'angle externe de l'œil, de façon à lui donner à peu près la direction du cornet inférieur, et dès qu'il a disparu dans la narine, on retire l'aiguille. Le manchon de ouate reste en place, et il est ordinairement bien supporté au bout de quelques jours. On l'enlève tous les 2 ou 3 jours, au moyen d'une irrigation, et on le replace aussitôt. Grâce à cet artifice, les mucosités nasales ne se dessèchent point, et n'exhalent aucune odeur fétide. — N. G.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

—

L'homme au vernis. — Un de nos confrères, demeurant boulevard Magénta, reçut l'autre jour la visite du voleur que nous avons déjà signalé ici, se présentant de la part de deux confrères du quartier, pour lui vendre du vernis pour les meubles.

Le docteur congédia brièvement cet individu en lui disant qu'il n'avait pas besoin de vernis; mais, après son départ, il constata la disparition d'un couteau à papier, d'une plume d'aigle avec serre de bronze argentée et ciselée, d'une petite statuette en bronze argentée.

L'homme au vernis avait enlevé tous ces objets pendant que la domestique était allée l'annoncer.

Ce qu'il y a de singulier, c'est que notre confrère a été victime, il y a deux ans, d'un vol semblable, et que le couteau à papier volé avant-hier avait été retrouvé au mont-de-piété où le voleur l'avait engagé sous un faux nom et à l'aide de faux papiers.

Le signalement du voleur a été donné à M. de Buschères, commissaire de police, qui le fait rechercher.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DE PARIS. — Le service médical de nuit de Paris a fait, d'après la statistique du docteur Passant, son fondateur, 1,865 visites dans le premier trimestre de cette année. Il y en avait eu 1,978 dans le trimestre correspondant de l'année dernière, ce qui fait une différence de 113 en moins, soit une visite de moins par nuit (21 au lieu de 22). Sur le chiffre total, les hommes entrent dans la proportion de 32 pour 100; les femmes de 54; les enfants au-dessous de trois ans, de 14.

Les arrondissements qui ont réclamé le plus de visites sont : le 20e (204 visites), le 11e (176), le 17e (160), le 18e (148), le 19e (135), le 13e (134), etc. A l'autre extrémité, nous trouvons le 9e (43), le 1er (40), le 16e (26), le 8e (20).

Parmi les causes les plus urgentes ayant nécessité des visites de nuit, nous trouvons 55 cas de croup, 9 cas de cholérine, 24 de hernie étranglée, 67 de fausse couche, 258 d'accouchement ou de délivrance, 69 de convulsions, 1 d'hydrophobie, 69 d'hémorrhagies, 39 de fractures, luxations, 14 de brûlures, 15 d'empoisonnements, 6 d'asphyxie par le charbon, 2 de suicide. Dans 47 cas, le malade était mort à l'arrivée du médecin.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Leçons de clinique thérapeutique.* — Le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera ses leçons de clinique thérapeutique *le jeudi* 17 *mai*, à 9 heures 1/2, à l'amphithéâtre de cet hôpital, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Les leçons auront pour objet, cette année, le traitement des maladies générales.

ECOLE PRATIQUE. — *Application thérapeutique de l'électricité.* — M. le docteur Apostoli commencera son cours le mercredi 16 mai prochain, à 3 heures, amphithéâtre n° 3, pour le continuer les mercredis suivants, à la même heure.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ

LEÇONS SUR LE STRABISME

Faites à l'Hôtel-Dieu par le professeur PANAS,

recueillies par F. DE LAPERSONNE, interne du service (1).

TRAITEMENT. — De l'étude que nous venons de faire, il résulte que le traitement de toutes les variétés du strabisme ne doit pas être uniforme. Je vais essayer d'établir devant vous les indications des principaux traitements, sans insister ici sur le manuel opératoire de la strabotomie ou de l'avancement du tendon. Je me réserve de vous faire répéter ces opérations dans les exercices pratiques que j'ai l'habitude de faire tous les ans pendant le semestre d'été.

Je vous ai dit plusieurs fois qu'il y avait un certain nombre de strabiques qui doivent guérir sans opération. Ils appartiennent au groupe des amétropes sans lésion très appréciable de la musculature. On devra donc commencer, chez ces sujets, par le traitement optique. Chez eux on rencontre deux altérations distinctes : 1° le vice de réfraction; 2° les troubles de sensibilité rétinienne.

La plupart de ces malades sont, comme vous le savez, des hypermétropes, bien plus rarement des myopes, quelquefois des astigmates : il faut donc mesurer le degré d'amétropie et corriger ces différents vices de réfraction par des verres convexes, concaves ou cylindriques.

Vous verrez, bien souvent, que cette correction ne suffit pas et qu'ils restent amblyopes par défaut de sensibilité rétinienne, agissant sur l'acuité visuelle. Cette altération est due le plus souvent à ce que la fonction ne s'exerce pas depuis long-

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 mai.

FEUILLETON

LES LOIS SANITAIRES DE LA SERBIE.

Par le temps où nous vivons, il est souvent question de perfectionner l'organisation administrative de l'hygiène publique. Mais, dans tous les projets, on paraît demander la création de fonctions nouvelles plutôt que l'amélioration des institutions déjà existantes et surtout l'application de mesures destinées à assurer l'indépendance de ces dernières.

Un pays, de population relativement peu nombreuse, la Serbie (1), ce dernier-né dans l'ensemble des Etats que, par un euphémisme diplomatique, on est convenu d'appeler le concert européen, a compris que l'Administration de la Santé publique doit être à l'abri des caprices de la politique. A cet effet, la Skoupchina a voté, il y a déjà quatre ans, l'établissement d'un « Budget sanitaire, indépendant des fluctuations..... qu'amène généralement l'organisation « constitutionnelle d'un Etat. »

Le *fonds sanitaire national* serbe assure donc au service sanitaire un développement libre et constant. Par sa dotation permanente, il échappe aux variations de la politique et assure aux fonctionnaires une réelle indépendance administrative. Grâce à ces dispositions, la vitalité des institutions est certaine, et les médecins qui font de l'hygiène le but de leurs recherches, peuvent équitablement acquérir des situations en rapport avec leurs travaux et leur science.

(1) *Les lois sanitaires en Serbie.* Édition officielle. (Principauté de Serbie, ministère de l'intérieur, section du service sanitaire.) — Belgrade, imprimerie de l'État.

temps, de même que les muscles d'un membre s'atrophient lorsque ce membre est maintenu dans l'immobilité prolongée. Comme pour les muscles, on fortifiera la rétine en l'exerçant le plus souvent possible. Vous ferez donc boucher l'œil sain, et vous obligerez vos malades à regarder, à fixer avec l'œil strabique pendant plusieurs heures tous les jours. S'il n'existe pas d'autres lésions du fond de l'œil, vous verrez la rétine redevenir progressivement sensible, la preuve vous en sera donnée par l'apparition de la diplopie. Je vous ferai remarquer en passant que ce retour à la vision binoculaire détruit la théorie de l'incongruence des rétines admise par Græfe après les auteurs du XVIII[e] siècle. Cette théorie, qui n'était qu'une vue de l'esprit, a été abandonnée le jour où on constaté la diplopie en colorant différemment les deux images. Bien qu'il soit impossible de le prouver, il n'est pas douteux pour nous que les enfants de 2 ou 3 ans, qui deviennent strabiques, sont poursuivis par des images doubles, mais peu à peu ils font abstraction de l'image fautive. Nous constatons ce fait tous les jours chez les malades atteints de paralysie des muscles de l'œil. Ils font le plus souvent abstraction d'une des images, et ce n'est que par l'emploi des verres colorés que l'on découvre la diplopie.

Dès que la rétine est suffisamment sensible, il faut employer le stéréoscope. Pour cela, on place sur une carte blanche deux gros points noirs, des pains à cacheter par exemple, et en faisant regarder le malade, on lui demande s'il voit une ou deux images ; au moyen de quelques tâtonnements, on arrive à ce que les deux images se superposent. Mais il faut éviter une cause d'erreur, c'est que l'image peut être unique, parce que le malade est réduit à la vision monoculaire. On évite cette cause d'erreur au moyen d'un petit artifice assez ingénieux. Au-dessous d'un des points noirs, on place un point plus petit, coloré en rouge. Au-dessus de l'autre point noir, un point bleu. Si le malade fusionne les deux images, il faudra qu'il voit un point noir et au-dessus un point bleu; au-dessous un point rouge. Cette expérience appartient à M. Javal. Elle peut servir dans quelques cas à découvrir des simulations d'amaurose. Elle peut être aussi de grande utilité dans certaines amblyopies simulées chez les hystérisques. Chez les strabiques, on commence ces exercices avec des points assez rapprochés qu'on éloigne de plus en plus. Ces exercices stéréoscopiques feront encore un excellent traitement complémentaire après l'opération, non seulement pour finir de corriger la difformité apparente, mais aussi pour restituer la vision binoculaire.

C'est au même ordre de moyens qu'appartient l'emploi des louchettes avant ou

---

Une section du ministère de l'intérieur constitue l'administration sanitaire centrale du pays. Un laboratoire de chimie lui est annexé et elle reçoit les avis d'un Conseil général de santé. Quelles sont donc les attributions de cette Section sanitaire ? Tout ce qui, à un titre quelconque, intéresse la santé publique : personnel médical, pharmaceutique et vétérinaire, délivrance des autorisations d'exercer, qui ne sont conférées qu'aux personnes de nationalité serbe et *légalement diplômées en Serbie*, précaution bien légitime, oubliée trop souvent pour cela même par nos administrateurs français. De plus, cette section a pour mission d'encourager et d'aider à la fondation des associations ayant la médecine pour objet, disposition libérale qu'on aimerait à retrouver ailleurs.

Cette section assure le recrutement et l'instruction du personnel médical inférieur, des adjoints des médecins dans les établissements hospitaliers, des sages-femmes, serviteurs divers des hôpitaux et garde-malades. Elle surveille les conditions générales de la morbidité et de la mortalité du pays; prend les mesures sanitaires répressives ou prophylactiques et en assure l'exécution; contrôle les établissements hospitaliers; élabore les projets de loi et les règlements sanitaires; prépare la publication de la pharmacopée officielle; organise et dirige la vaccination et la vérification des décès; exerce la police sanitaire sur les aliments, les eaux minérales, etc., etc.

Le chef de cette section a donc une grande responsabilité scientifique et administrative. Aussi, il doit être docteur en médecine et compter huit années dans le service sanitaire de l'Etat. Il a pour devoir d'élaborer tous les projets nécessaires à cette organisation; de prendre des arrêtés et toutes les décisions qui paraissent utiles et urgentes. Toutefois, l'ordonnancement des dépenses et la nomination du personnel sont réservés au ministre de l'intérieur.

Sous les ordres du chef de la section se trouvent placés à la tête des différentes bran-

après l'opération. Ce procédé est loin de valoir la gymnastique musculaire par le stéréoscope.

Mais arrivons à la question si importante des indications opératoires. En effet, le plus grand nombre des strabiques seront, quoiqu'on fasse, justiciables de l'opération à un moment donné. Je vous ai dit que les strabismes accommodatifs purs ne forment que le quart des strabismes internes. Il reste donc les trois quarts des strabismes internes et tous les strabismes externes qui, s'accompagnant d'un désordre musculaire, devront être opérés.

Une question préjudiciable doit se poser tout de suite : Quand doit-on faire l'opération? Plusieurs raisons ont été données en faveur d'une intervention précoce. En attendant trop longtemps, on droit craindre un affaiblissement irréparable de la fonction rétinienne, et de plus il se fait une rétraction secondaire du muscle raccourci telle que l'opération ne donnerait que des résultats très incomplets. Pour ces raisons, le strabisme passait pour absolument inopérable après 25 ans, avant l'opération de l'avancement du tendon. Ces raisons me paraissent excellentes, je ferai cependant une observation importante qui me semble démontrer qu'il ne faut pas trop se hâter. Vous verrez un certain nombre d'enfants dont le strabisme est très prononcé vers l'âge de 2 ou 3 ans, mais diminue peu à peu et tend à disparaître vers l'âge de 8 à 12 ans. Ce strabisme qui guérit spontanément se rencontre surtout chez les hypermétropes, c'est un strabisme interne.

Vous comprenez tout de suite que dans ces conditions l'intervention chirurgicale peut être non seulement inutile mais même nuisible. En affaiblissant le muscle, vous pouvez produire un strabisme externe. Toutes choses égales d'ailleurs, il vaut mieux de beaucoup un strabisme interne, ne serait-ce qu'au point de vue esthétique. Les anciens même considéraient une déviation en dedans peu prononcée comme un genre de beauté, et lui avait donné le nom de *trait de Vénus* (Bouvier, *Orthopédie*). Vous savez, au contraire, que le strabisme externe est affreusement disgracieux.

Lorsque ce genre de strasbisme doit s'améliorer, il commence à diminuer vers l'âge de 7 à 8 ans et disparaît presque complètement à 12 ans. Ce n'est que dans ces limites que vous pourrez opérer si vous voyez un état stationnaire ou une augmentation de la déviation. Mais, avant cela, vous ne serez pas restés inactifs, et vous aurez agi par la correction de l'amétropie, par les exercices gymnastiques.

Nous ne connaissons pas tous les facteurs qui concourent à la guérison spontanée ou à la diminution du strabisme. Cependant chez les hypermétropes à un

---

ches du service, un inspecteur des établissements sanitaires, des secrétaires qui tous doivent posséder le *diplôme de docteur en médecine*; des chimistes ayant le même titre ou celui de maîtres en pharmacie; un inspecteur des constructions sanitaires qui est un ingénieur diplômé et un vétérinaire principal ayant le brevet de sa profession ou diplôme de docteur en médecine. Ce personnel a pour auxiliaires secondaires des rédacteurs et des employés chargés de l'expédition des affaires et de la correspondance. Toute la hiérarchie est donc composée d'hommes compétents et chargés à la fois d'émettre des avis et de les faire exécuter sous leur propre responsabilité.

Le Conseil médical sanitaire se compose de sept membres réguliers, *tous médecins*, auxquels sont adjoints des chimistes, des pharmaciens, des vétérinaires, des ingénieurs et des jurisconsultes. Ces conseillers sanitaires ne peuvent être pris parmi les employés de la section sanitaire, disposition qui assure l'indépendance des avis et ne fait pas comme on le voit trop souvent dans notre pays contrôler une administration par ses propres employés. Quel est le mode de nomination des membres du Conseil médical sanitaire? Ne croyez pas qu'ils sont au choix arbitraire du ministre ou des hommes politiques que la faveur du jour à mis en place. Ces membres sont désignés par la *Société des médecins serbes* à Belgrade; ils sont donc nommés par les suffrages de leurs confrères, expriment l'opinion du corps médical, et, indépendants par l'investiture qu'ils reçoivent de l'élection, exercent une légitime et heureuse influence dans la préparation et l'exécution de toutes les mesures de médecine préventive.

Dans les départements il existe un médecin et un vétérinaire départemental pour chaque chef-lieu et chaque arrondissement. Ces fonctionnaires possèdent leur bureau spécial, veillent à l'exécution des mesures sanitaires, et s'il y a lieu les provoquent.

Certes l'organisation de la médecine publique telle qu'elle existe en Serbie, n'est pas exempte

haut degré, qui fatiguent continuellement leur accommodation, le strabisme peut diminuer, à un moment donné, par le fait du déclin de l'amplitude d'accommodation. Chez d'autres malades, au contraire, n'ayant qu'un faible degré d'hypermétropie, la déviation oculaire semble liée à une faiblesse native du muscle ciliaire. Celui-ci augmentant de force par l'exercice, la cause première du strabisme tend à diminuer.

Enfin, chez certains individus, la musculature, d'abord anormale, peut se modifier par suite du développement de l'œil, de ses annexes et surtout de l'orbite. A mesure que la tête se développe, la ligne de base augmente et facilite la contraction du droit externe. Comme cause adjuvante, remarquez qu'en grandissant les enfants cherchent à se débarraser de la diplopie. Je suis persuadé que ces questions de développement jouent un grand rôle dans la correction du strabisme, et je crois qu'il y aurait un travail très intéressant à faire sur le développement des muscles de l'œil, en rapport avec le développement de la tête et des yeux. Les moyens correcteurs ayant échoué et le strasbisme progressant, il faut intervenir par la strabotomie. Ce qui a frappé les premiers observateurs qui ont pratiqué cette opération, c'est qu'après avoir coupé le tendon complètement, les malades pouvaient encore faire agir leur muscle. Ceci tient à des dispositions anatomiques sur lesquelles ont particulièrement insisté les anatomistes français, Bonnet (de Lyon), Lenoir, Denonvilliers.

Vous savez que l'œil n'est pas contenu dans l'orbite, mais dans une sorte de cupule ou d'entonnoir, capsule de Tenon, qui ne contient que l'œil et les tendons de ses muscles. Une étude attentive de la capsule de Tenon m'a permis de reconnaître qu'elle est loin de se confondre aussi complètemeni qu'on l'a dit avec le périoste orbitaire. En dedans et en dehors elle fait corps avec les ligaments palpébraux internes et externes, en haut elle prend encore des insertions sur le ligament suspenseur; mais, en haut comme en bas, elle se réfléchit sur les paupières et se perd dans leur épaisseur. Vous pouvez en avoir une preuve en incisant la paupière couche par couche au niveau de son bord adhérent, vous arrivez directement au tissu cellulaire de l'orbite, sans recontrer la capsule de Tenon.

Au niveau du passage des tendons, cette capsule n'est pas trouée, mais forme une gaine fibreuse qui se réfléchit aussi bien en arrière qu'en avant. En arrière, elle va entourer le corps charnu du muscle et devient tout à fait celluleuse au fond de l'orbite. En avant, elle forme une gaîne qui accompagne le tendon jusqu'à son

---

de lacunes; elle témoigne cependant de la prudence des hommes politiques, de leur esprit de sage progrès et de leur confiance dans le corps médical du pays.

On objectera peut-être qu'il n'est guère rationnel de comparer une telle organisation, possible dans un pays comme la Serbie, où le médecin est une sorte de fonctionnaire public, avec les institutions qui régissent la médecine publique sur les bords de la Seine. Assurément l'idéal du médecin civil, plus ou moins fonctionnaire public, n'est pas le nôtre, surtout quand la loi va jusqu'à régler ses rapports avec les particuliers et à fixer le tarif de l'honorarium. La profession médicale perd assurément son caractère de profession libérale. Néanmoins, dans cette organisation de la médecine publique, on n'a pas considéré le médecin comme un fonctionnaire, mais comme un savant, et on lui a sagement donné à tous les degrés de la hiérarchie une légitime autorité; on s'en est bien trouvé, comme en témoignent les résultats obtenus dans ce pays neuf, relativement à l'hygiène privée et publique.

De plus, en assurant l'indépendance matérielle du service par la création du *fonds sanitaire national*, on a pris soin d'accorder aussi au corps médical tout entier le moyen de faire entendre sa voix, par le droit de désignation des membres du Conseil sanitaire médical. Elus de leurs confrères, ces derniers sont donc les légitimes représentants de la médecine serbe.

C'est assurément là de l'autonomie administrative à la bonne manière! Puisse nos promoteurs de vastes projets de réformes les méditer attentivement. Ne serait-il pas plus sage, en effet, avant de créer un ministre de la santé publique qui nous manque, de réclamer des améliorations législatives promptement réalisables et susceptibles de donner à nos institutions actuelles d'hygiène de la stabilité, de l'autorité et un peu plus d'indépendance. Ce serait à coup sûr plus économique que la multiplicité de fonction, et cette prolifération de fonctionnaires qu'on nous fait entrevoir!

insertion scléroticale. A ce niveau, le tendon semble entouré par une sorte de bourse muqueuse, traversée par des fibres conjonctives entrelacées qui pénètrent dans l'interstice des faisceaux tendineux. De chaque côté du tendon, la gaîne fournie par la capsule de Tenon s'étale à la manière d'une patte d'oie, et chacun de ces prolongements va se confondre en s'amincissant avec celui des muscles voisins; aussi si vous ouvrez la gaîne et si vous sectionnez le tendon seul, l'action du muscle sera maintenue par les ailerons latéraux. J'ajouterai qu'entre la gaîne musculaire et la conjonctive se trouve l'épisclère, formé de tractus fibreux assez denses qui gênent encore la rétraction du muscle après la strabotomie, surtout par le procédé de Critchett et de J. Guérin.

Toutes ces considérations anatomiques doivent être retenues, elles démontrent : 1° que la section du tendon seul n'annihile pas complètement l'action du muscle ; 2° qu'il faut sectionner les ailerons latéraux pour faire une opération comptète; 3° qu'on peut graduer à volonté le recul du tendon.

Examinons maintenant quelle est la position et la forme de l'œil avant l'opération ? Lorsqu'on regarde avec soin un œil strabique, on remarque non seulement la difformité due à la déviation, mais aussi cet œil paraît plus rétracté, plus petit, la fente palpébrale paraît rapetissée.

Græfe a signalé en outre que la déviation ne se faisait pas exactement dans la direction horizontale; mais que, dans le strabisme interne, l'œil était plus ou moins porté en haut; dans le strabisme externe, il se dévie en bas. La section du droit interne ou du droit externe suffit le plus souvent pour corriger les petites déviations dans le sens vertical.

Après l'opération, il survient dans l'œil corrigé des modifications multiples qui tiennent à l'opération même. En effet, tout œil strabotomisé devient plus saillant, il y a un écartement de la fente palpébrale, qui constitue un changement très notable dans la beauté de l'œil. Ceci tient à ce que les muscles obliques portent le globe en avant. Cette action peut être un peu exagérée, aussi Græfe avait proposé comme opération complémentaire la tarsoraphie partielle, sorte de retouche destinée à rendre le résultat parfait.

A l'endroit même du muscle coupé, il reste une petite dépression ombiliquée, trace indélébile de la ténotomie; on remarque aussi une dépression plus marquée au niveau du pli semi-lunaire, si la section de la conjonctive a été assez large, il peut se former un petit bourgeon charnu, un petit polype inflammatoire qui per-

---

Par la traduction et la publication des *lois sanitaires en Serbie*, le gouvernement de Belgrade a montré que la Save et le Danube ne sont plus les limites « extrêmes de l'occident civilisé. » Désormais il faudrait faire preuve d'ignorance ou de malveillance pour méconnaître le développement intellectuel rapide de ce pays. L'œuvre du docteur Nadan Georgewictch, chef de la section sanitaire du ministre de l'intérieur à Belgrade, est de celles dont le patriotisme serbe doit être fier à bon droit, que les étrangers apprécient à sa grande valeur et qu'ils appuyent de leurs vives sympathies! — C. E.

Le Tong-Kin. — Un intérêt d'actualité tout spécial avait attiré l'autre jour une foule considérable à la Conférence donnée par la Société des Etudes coloniales et maritimes, sous la présidence de l'amiral Thomasset.

Le second de M. Jean Dupuis, M. Ernest Millot, parlait sur le Tong-Kin. Il a raconté, en témoin oculaire, l'expédition du brave et malheureux Garnier, les voyages faits en compagnie de M. Dupuis à travers ces régions qui offrent tant de ressources au commerce, à l'industrie et à l'agriculture. Par l'indomptable énergie qu'avaient déployée ces hommes de cœur, et l'influence qu'ils avaient su acquérir sur les indigènes, le Tong-Kin, en 1873, était réellement conquis à la France. Une faute impardonnable l'a fait abandonner. Mais, s'il faut regretter le temps perdu, elle sera bientôt réparée, et réparée avec éclat, comme l'a fait observer l'amiral Thomasset, puisque l'exécution est confiée à nos matelots et à nos soldats d'infanterie de marine,

siste pendant plusieurs semaines et qui disparaît sans qu'il soit nécessaire de l'exciser; il est bon, cependant, d'éviter ce petit inconvénient en faisant un point de suture lorsque la plaie conjonctivale a été trop large. Généralement, ce sont les seuls inconvénients de cette petite opération : on voit à peine une petite ecchymose au niveau du point touché et on peut cesser l'application du bandage au bout de vingt-quatre heures, rarement plus.

(La fin à un prochain numéro.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. — Cancer épithélial du creux poplité. — Amputation de la cuisse; guérison. — Valeur des injections sous-cutanées d'éther dans la syncope, par le docteur G. Millot-Carpentier, de Montécouvez (Nord).

Nous avons eu récemment à intervenir dans un cas d'ulcère rongeant ou cancer cutané épithélial du creux poplité. La gravité de la lésion, sa durée, et surtout la résistance absolue qu'elle opposa aux moyens les plus actifs destinés à la combattre, nous ont prouvé la justesse du qualificatif des anciens chirurgiens, *noli me tangere*, employé pour désigner cette affection.

P... est âgé de 44 ans; il habite avec ses trois enfants une chétive maisonnette perdue au milieu des prés qui avoisinent le bois d'Honnecourt (Nord). C'est un homme de petite taille, d'apparence cachectique, qui toute sa vie a souffert des manifestations multiples de la scrofule. Il est couché depuis un an, ce qui a encore augmenté son apparence souffreteuse. Il a été petit domestique de ferme chez un de nos bons confrères du canton, M. Coursier (à l'obligeance duquel nous devons ces premiers renseignements). Dès l'âge de 12 ans, P... a été sujet à des inflammations dartreuses au mollet de la jambe droite. Ces éruptions, toujours limitées à cette région, revenaient fréquemment sous forme de poussées aussitôt éteintes qu'allumées.

Vers l'âge de 18 ans, cette éruption prit franchement le caractère eczémateux, et le jeune homme n'en eut aucun soin pendant de longues années, ne cessant pas de travailler et n'en étant que peu incommodé.

Depuis un an environ, les choses ont changé; P... a dû abandonner ses occupations et se mettre au lit; la dermatose, d'abord limitée au mollet, a envahi le creux poplité; la plaie s'est étendue dans tous les sens; ce n'est plus un eczéma, mais un ulcère fongueux recouvert de bourgeons charnus, qui donne une suppuration abondante et fétide, et contre lequel la thérapeutique s'est vainement heurtée.

Le malade était à bout de forces, une fièvre lente le minait, tout faisait pressentir une issue funeste à bref délai; c'est dans ces conditions que M. Loubry, médecin traitant, nous appela en consultation.

L'état général du patient est aussi triste que possible. Une plaie de 25 centimètres de longueur sur 12 ou 15 centimètres de largeur occupe la région poplitée. Il existe des cicatrices strumeuses sur la partie interne de la cuisse et au pli inguinal. L'aspect de cette vaste surface de sécrétion simule assez bien l'apparence de ces vieux ulcères calleux des jambes, qu'il est si fréquent de rencontrer dans les hôpitaux. Les bords de la plaie sont indurés par places et en quelques endroits renversés en dehors; la découpure est irrégulière; le fond est grenu, il est formé par des végétations de grosseurs différentes,tant rougeâtres que grisâtres. L'aspect du tout est terne, de coloration vineuse; une sanie purulente est fournie par ces éléments anatomiques accumulés; c'est bien là cette forme de cancer cutané contre laquelle il est si peu sage de s'escrimer.

Il est toujours délicat d'avoir à proposer d'emblée une opération aussi grave que l'amputation de la cuisse. Nous avons donc temporisé et attendu deux mois encore avant d'arriver à l'*ultima ratio* de notre thérapeutique. Ces deux mois nous ont servi à prouver à notre client l'inefficacité des remèdes les plus énergiques et le peu de succès de nos efforts conservateurs.

Enfin l'amputation est acceptée. Nous la pratiquons le 23 janvier 1883 avec l'aide de nos confrères, M. le docteur Divry, MM. Coursier, Loubry et Lenoir, médecins des environs. Le malade étant endormi et la bande d'Esmarch appliquée, nous faisons la section du membre au tiers supérieur de la cuisse par le procédé à grand lambeau antérieur.

Le malade est remis dans son lit, le pansement de Lister terminé; il est enchanté d'être débarrassé d'un membre inutile sans avoir souffert; nous lui donnons un cordial et l'enga-

geons au repos. Nous allions quitter la maison, quand on nous appelle en toute hâte au chevet de notre opéré, qui vient d'être pris de syncope. Nous essayons sans succès tous les moyens usités en pareil cas : flagellations vigoureuses avec la main et avec des linges mouillés, exposition à l'air froid, électricité, inversion, respiration artificielle, etc.

C'est dans ces circonstances que nous avons employé, concurremment avec les moyens précités, les injections sous-cutanées d'éther. Leur puissance a été instantanée ; nous pouvions en mesurer l'étendue dès qu'elles étaient faites, car le cœur et le pouls se relevaient aussitôt et reprenaient leur tic tac habituel. Nous avons constaté également que la durée de l'action de ces injections était très courte. Notre malade n'a pu recouvrer connaissance et rentrer véritablement en possession de lui-même qu'après avoir absorbé le contenu de six seringues de Pravaz. Il eut encore deux autres crises, mais moins sérieuses, dont nous avons encore triomphé très vite par l'éther.

Les suites de l'opération ont été aussi simples que naturelles; le blessé a guéri avec une facilité incroyable, sans fièvre, ce qui n'est pas très rare avec le pansement de Lister, et ce qui ne l'est pas non plus chez les individus habitués aux longues suppurations. Après trois pansements faits à huit jours d'intervalle, il a pu faire usage de sa jambe de bois, et un mois s'était à peine écoulé qu'il pouvait se promener avec son membre artificiel. — Dr G. M.-C.

II. — LÉSIONS TARDIVES APRÈS UN TRAUMATISME DU RACHIS. — LUXATION SPONTANÉE DE LA ROTULE EN DEHORS. — PLAIE ULCÉREUSE SOUS L'ISCHION, par le docteur F. GUERMONPREZ (de Lille).

Sous ce titre, M. le docteur Guermonprez a lu à la Société de chirurgie une observation dont nous extrayons les détails relatifs à la luxation de la rotule, les seuls qui aient soulevé une discussion sur les rapports qui pouvaient exister entre le traumatisme antérieur et le déplacement articulaire. (Voir *Union Méd.*, 17 avril 1883, p. 151.)

Louis F..., maçon, 38 ans, a fait en 1865 une chute d'un lieu élevé. Une lésion rachidienne avec paraplégie fut immédiatement reconnue. Vers 1869 s'est développée une plaie ulcéreuse de la fesse gauche. En 1873, une importante déformation du genou gauche est devenue manifeste. Cet homme a cependant conservé assez de forces pour faire jusqu'en 1879 le travail de jardinage, qui n'est pas incompatible avec la station à demi agenouillée, le genou droit reposant sur le sol d'une part, et le pied gauche étant régulièrement étalé sur le sol d'autre part.

L'état actuel (novembre 1882) présente à considérer trois points dignes d'intérêt : la paraplégie, la plaie ulcéreuse de la fesse gauche, trouble trophique, et enfin une luxation de la rotule en dehors. Voici comment se présente la lésion du genou :

La marche de ce malheureux est d'un type absolument spécial. Impossible sans le secours de deux cannes, elle est remarquablement laborieuse. Les deux pieds sont toujours tournés de façon que leurs axes se trouvent perpendiculaires. La jambe droite est étendue, la gauche est fortement fléchie, le sommet de l'angle étant dirigé en dedans et passant alternativement en avant et en arrière de la jambe gauche dans les mouvements de la marche.

Dans la station assise, le blessé arrive, bien que difficilement, à lever le genou et à croiser les jambes.

L'articulation tibio-fémorale gauche seulement est notablement déformée ; elle est beaucoup plus large que sa congénère, et cette déformation est rendue plus apparente encore par l'amaigrissement de la cuisse et de la jambe. A première vue, il semble que l'extrémité inférieure du fémur est élargie ; mais si on explore par le toucher, on trouve aisément la tubérosité antérieure du tibia, qui constitue un excellent point de repère, et au-dessus de celle-ci, au lieu de trouver la rotule, on distingue une cavité au fond de laquelle se reconnaît nettement la poulie qui sépare en avant les deux condyles du fémur, la limite inférieure de cette cavité étant formée par le bord du plateau tibial. Quant à la rotule, on la retrouve sans peine, légèrement mobile et reposant en dehors du condyle externe du fémur.

La jambe étant placée dans l'extension, on peut facilement ramener la rotule à sa place normale; mais elle n'y reste pas. Au repos, le membre étendu, elle se trouve sur le bord externe de la poulie fémorale et y est très mobile.

Cette luxation de la rotule ne date certainement pas du traumatisme. Elle n'aurait pu demeurer inaperçue de M. le professeur J. Parise et des autres chirurgiens éclairés qui lui donnèrent alors leurs soins. Elle s'est produite lentement, et paraît stationnaire environ depuis deux ans.

(Dans la discussion de la Société de chirurgie, M. Chauvel, rapporteur, a pensé que l'attitude habituelle du genou avait pu amener la luxation par l'allongement progressif du ligament interne de la rotule; d'autres l'ont attribuée de préférence à l'atrophie musculaire consécutive au traumatisme rachidien.)

—

BIBLIOTHÈQUE

La matière et ses transformations, par P. Deleveau, professeur de physique au lycée de Marseille. Ouvrage illustré de 89 figures.

Ce petit livre très instructif fait partie de la *Bibliothèque des Merveilles*, que publie la librairie Hachette, sous la direction de M. Edouard Charton. L'auteur s'est livré à une étude approfondie de la matière envisagée dans tous ses modes de manifestation. Mais qu'est-ce que la matière ? Dans ces derniers temps, les philosophes, c'est-à-dire les écrivains qu'on appelle des philosophes, des penseurs, ont émis sur la matière des doctrines si étranges, qu'on est bien en droit de formuler cette question. Le livre dont le titre précède y répond admirablement. L'auteur nous éclaire d'abord sur les propriétés générales de la matière, sa divisibilité, etc., s'arrêtant sur les grandes questions de l'unité de la matière, des transformations de l'énergie, de l'appréciation de la molécule, des propriétés et des conditions de l'état liquide, de la théorie des gaz.

Puis, il consacre une deuxième partie extrêmement intéressante aux *changements d'état* de la matière, et une troisième non moins importante à la *liquéfaction des gaz.*

La quatrième partie a pour sujet la *matière radiante.* La notion de matière radiante fut introduite en 1816 par Faraday, alors âgé de 24 ans. Dans une de ses leçons sur les propriétés générales de la matière, il avait prononcé les paroles suivantes :

« Si nous imaginons un état de la matière aussi éloigné de l'état gazeux que celui-ci l'est de l'état liquide, en tenant compte, bien entendu, de l'accroissement de différence qui se produit à mesure que le degré du changement s'élève, nous pourrons peut-être, pourvu que notre imagination aille jusque-là, concevoir à peu près la matière radiante ; et de même qu'en passant de l'état liquide à l'état gazeux la matière a perdu un grand nombre de ses qualités, de même elle doit en perdre plus encore dans cette dernière transformation. » On voit qu'il ne coûte pas beaucoup au célèbre physicien de lâcher la bride à son imagination et de se lancer dans la voie de l'hypothèse.

L'idée de Faraday n'a pas manqué de savants pour la développer. Un savant anglais, nommé Crooks, s'est surtout signalé par des expériences et des études remarquables. Tous ces détails sont extrêmement curieux. Il faut les lire dans le texte même, et arriver graduellement à cette conclusion, qu'il n'est pas facile d'accepter : « Puisqu'une hypothèse, plausible il est vrai, mais qui n'en est pas moins une hypothèse, nous conduit à admettre l'existence de molécules constituant les corps, dont l'ensemble constitue l'Univers, comment pouvons-nous nous les représenter ? A cela M. Crooks répond : la molécule intangible, invisible, difficilement concevable, est la seule vraie matière, et ce que nous nommons matière n'est ni plus, ni moins que l'effet produit sur nos sens par les mouvements des molécules, comme dit sir John Stewart Mille, une *possibilité permanente de sensation.* — Il s'ensuit que la matière n'est qu'un mode de mouvement ; à la température du zéro absolu tout mouvement intermoléculaire disparaîtrait ; il resterait encore un *je ne sais quoi* qui conserverait des propriétés d'inertie et de poids, mais la matière telle que nous la connaissons cesserait d'exister. »

Après avoir si complètement, si savamment, d'une manière si attrayante, exposé les propriétés, les transformations, par conséquent l'existence, la réalité de la matière, c'est donner pour conclusion le chaos, ou, si l'on veut, le néant. Il est à remarquer que la physique est criblée d'hypothèses. Comment donc ose-t-on accuser la médecine d'être une science hypothétique ? Quoi qu'il en soit, nous recommandons vivement à nos confrères la lecture de ce livre très bien écrit et au niveau de la science contemporaine. — G. R.

Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde, par M. le docteur A. Malherbe. Paris, 1883 ; Delahaye.

Les recherches cliniques de M. Malherbe ont un intérêt pratique. Elles démontrent à nouveau la nécessité de l'usage du thermomètre dans le diagnostic des fièvres continues, parce que les indications qu'il fournit ne sont pas toujours proportionnelles à celles que donne l'exploration du pouls. C'est ainsi que, le pouls étant peu fréquent et la température élevée au début d'une affection pyrétique, on est en droit de soupçonner une fièvre typhoïde, alors même que le pouls oscillerait entre 80 et 90 pulsations à la minute, tandis que la température s'élèverait à 40 et même 41 degrés, le pronostic ne serait pas habituellement aggravé ; il le serait, au contraire, si le pouls et la température s'élevaient simultanément, ou bien si la température s'abaissait au moment où le pouls devient plus fréquent. Ces indications ont

une valeur pronostique, qui mériterait d'être vérifiée. La thèse de M. Malherbe présente donc des qualités cliniques qui font honneur à son auteur. — Ch. E.

Etude anatomique et anthropologique sur les os wormiens, par le docteur Victor Chambellan. Paris, 1883; Delahaye.

Ce mémoire d'anthropologie constitue un travail d'ensemble sur un point d'anatomie, jusqu'ici peu exploré. Certes, si cette tentative a le mérite d'entamer une question presque neuve, elle a aussi l'inconvénient de n'être pas complète, comme l'auteur le reconnaît, du reste, dans sa préface. Néanmoins, signalons le chapitre qui a pour objet la comparaison du développement des os wormiens dans les différentes races humaines. Il sera certainement l'un des plus appréciés des anthropologistes et des anatomistes dans cette thèse qui a un intérêt plus scientifique que médical. — L. D.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'urticaire paludique, par MM. Verneuil et Merklen. — Les conclusions de cet important mémoire sont les suivantes : 1° L'urticaire accompagne souvent les accès de fièvre intermittente pendant le stade de chaleur; 2° cette complication est sans importance pronostique, mais paraît augmenter l'intensité des troubles digestifs et les phénomènes nerveux du stade de froid; 3° elle est peut-être favorisée par la diathèse arthritique; 4° enfin, se montrant chez des paludiques, sans accès fébrile et sous forme de fièvre larvée, l'urticaire paraît être une manifestation directe du paludisme et un résultat de l'action du poison malarique sur l'appareil nerveux vaso-moteur et le système lymphatique. (*Annales de dermatologie et de syphiliographie,* p. 19, 25 janvier 1883.)

De l'emploi de l'ergot dans la coqueluche, par le docteur John Dewar. — Lextrait liquide d'ergot a donné à ce médecin des résultats satisfaisants et supérieurs à ceux des autres médicaments dans le traitement de la coqueluche. D'ailleurs, ces faits renferment des observations déjà anciennes. On sait que, en 1863, le docteur Grifenkel a signalé un cas de guérison par l'emploi de cette médication. (*The Practitioner,* mai 1882.)

De l'influence de certains médicaments sur l'excitabilité du cerveau dans leurs rapports avec le traitement de l'épilepsie, par le docteur Alberton. — Les animaux mis en expérience étaient des chiens et des singes, et les médicaments employés, le bromure de potassium, l'atropine et la cinchonidine. Les conclusions de ce mémoire, qui a été inséré dans les *Trihco für Experim. path. and Therap.* (Band. XV, heft 8, and 4, 1882), sont les suivantes : 1° L'usage répété du bromure de potassium diminue à la longue l'excitabilité galvanique des régions de l'encéphale dont l'électrisation produit habituellement des attaques épileptiformes; 2° l'atropine augmente cette excitabilité, de sorte que, chez les mammifères, il est encore possible, après l'administration de cette substance, de provoquer ces phénomènes; 3° la cinchonidine augmente le nombre des attaques d'épilepsie, quand on l'administre aux doses médicamenteuses. Mais si on a préalablement administré le bromure de potassium, elle ne possède plus cette action. — De ces faits, il est donc logique de conclure que le bromure de potassium est utile dans les épilepsies vraies, tandis que l'atropine serait contre-indiquée. Cette dernière peut-être utile dans les épilepsies causées par le froid ou les congestions vasculaires et dans celles qui sont d'origine périphérique. (*London méd. Record,* 18 octobre 1882.)

Étiologie et traitement de la coqueluche, par M. le docteur Dolan. — Ce mémoire, qui a été présenté à la Société médicale de Londres le 16 octobre 1882, a mérité la médaille de Fotheryll. L'auteur n'admet pas, avec Gueneau de Mussy, que dans cette maladie l'adénopathie bronchique joue un rôle important et que la compression du nerf vague est l'un des facteurs pathogéniques. La coqueluche, dit-il, a des analogues avec les affections parasitaires par sa contagiosité, son incubation, la marche de la fièvre et l'immunité que confèrent les attaques. On doit donc, à ce point de vue, la placer au nombre des affections causées par des microbes, que l'auteur, après Poulet et Letzerich, a cru trouver dans les matières expectorées. Ces microbes ressemblent au *Spirochæta plicata* de Colin. L'absence de lésions pathognomoniques dans les descriptions classiques résulte de la rareté des cas de mort. De ces faits, il faut conclure que l'isolement est indiqué. De plus, il est nécessaire pour une hygiène appropriée de mettre l'organisme en état de résistance contre l'infection spécifique ou de lutter contre ses effets si cette infection est déjà produite. (*The Lancet,* 21 octobre 1882.) — L. D.

—

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique transmettant l'acceptation du legs de Mme Louis.

2° Des rapports de vaccinations et revaccinations pratiquées, en 1883, au 79e de ligne, par M. le docteur Lallemand, et à l'hôpital de Médéah en 1881, 82, 83.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note manuscrite sur les poudres de viande, par M. Husson, de Toul.

2° Un mémoire sur les indications et les contre-indications de la médication de Bourbonne dans le traitement des tumeurs blanches, par le docteur Malbout.

—

M. Bourdon communique un exemple d'*atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre.* Il s'agit d'un ancien militaire qui avait subi, il y a quarante ans, la désarticulation du bras gauche et qui est mort en trente-six heures d'une congestion méningo-encéphalique. Jusque-là aucun accident cérébral; néanmoins, dans les dernières années, la jambe correspondant au bras amputé s'était peu à peu paralysée.

A l'autopsie on trouve, sur l'hémisphère droit du cerveau, un affaissement notable de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Le même affaissement se remarque sur le lobule paracentral et sur la crête de l'hémisphère. Le ventricule latéral du même côté est considérablement agrandi, surtout au niveau de la circonvolution affectée, ce qui dénote une atrophie très étendue de la substance blanche sous-jacente. Le corps strié voisin présente une dépression à sa partie moyenne et la couche optique est légèrement aplatie dans le sens vertical.

Des coupes de la protubérance et du bulbe permettent de constater que le raphé médian est dévié à droite et que la substance nerveuse de ce côté est très notablement atrophiée. L'hémisphère droit pèse 31 grammes de moins que le gauche.

Ce fait doit donc être ajouté aux six autres que M. Bourdon a déjà réunis dans son Mémoire sur les centres moteurs des membres. Il démontre, comme eux, que l'amputation d'un membre amène, par suite du défaut d'activité fonctionnelle, une atrophie de la partie supérieure de la zone motrice de l'écorce cérébrale. Il prouve de plus que cette lésion peut s'étendre secondairement aux parties centrales du cerveau et jusqu'à la moelle allongée. Une pareille extension n'avait pas encore été signalée dans les cas analogues.

Un fait nouveau ressort de cette observation, c'est l'apparition de la paralysie de la jambe du même côté que le bras amputé. M. Bourdon se demande si cette paralysie ne doit pas être attribuée à la propagation de l'atrophie qui, dans sa marche envahissante, peut avoir atteint de proche en proche les cellules et les fibres nerveuses qui régissent les mouvements du membre correspondant au côté mutilé.

M. Gariel présente quelques considérations relatives à la communication faite dans la séance du 17 avril par M. Giraud-Teulon.

M. Lagneau offre à l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Du dépeuplement, de la décroissance de la population de certains départements de France.* Malgré l'accroissement, d'ailleurs minime, de notre population, en général, 26 de nos départements, de 1836 à 1881, ont vu leur population partielle décroître de 7,05 p. 100. Ce sont les départements des Basses-Alpes, de l'Orne, de l'Eure, de la Haute-Saône, du Calvados, de la Manche, du Tarn-et-Garonne, du Gers, du Lot-et-Garonne, du Cantal, du Jura, de la Meuse, de l'Ariège, des Hautes-Alpes, de la Sarthe, de la Mayenne, du Puy-de-Dôme, des Hautes-Pyrénées, des Basses-Pyrénées, du Lot, d'Eure-et-Loir, des Vosges, de Vaucluse, de la Côte-d'Or, de la Haute-Marne, de la Somme. Sur ces 26 départements, 8 seulement avaient présenté un excédent de la mortalité sur la natalité, 25 présentent un excédent de l'émigration sur l'immigration. Cet excédent tient principalement à l'abandon de ces départements par les ruraux se portant vers les grandes villes.

Au point de vue démographique, ce déplacement de la population est éminemment regrettable, car, dans les centres urbains, la natalité, et surtout la natalité légitime, est faible, et

la morbidité et la mortalité sont considérables. Ce déplacement des ruraux vers les villes n'est que trop souvent favorisé par des emprunts des budjets municipaux exagérés, par des travaux publics nombreux, par des salaires très élevés.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section d'hygiène et de médecine légale sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section.

VARIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ POUR LA PROTECTION DES FORMES DE LA FEMME

Décidément nos voisins d'outre-Manche sont d'acharnés conservateurs. Ils repoussèrent l'autre jour le projet de création du tunnel sous-marin sous prétexte de protéger le Royaume-Uni contre l'invasion des mœurs, des coutumes et des modes du continent! Voici maintenant un groupe de jeunes gens, — pourquoi pas de jeunes filles? — qui fait croisade contre l'esprit révolutionnaire de nos couturiers et de nos couturières!

C'est dans le comté de Kent que la nouvelle croisade a trouvé ses premiers adhérents et tenu ses premières réunions. Nos Pierre l'Hermite de la coiffure et du corset ont préludé à leur croisade, en s'engageant « à arracher par toutes sortes de démonstrations, arguments et « conseils persuasifs, leurs sœurs, et en général » — j'ajouterais même en particulier — « les « dames de leur entourage qui violentent leur corps pour l'amour de la mode », à un courant « qui amènerait la génération actuelle aux us et pratiques de la barbarie. »

Ce n'est pas tout : nos protecteurs de la beauté, nos nouveaux et chevaleresques Dunois, prêtent aussi serment, sur l'honneur et l'autel de la divinité, qui ne peut être que Vénus; ils s'engagent à « faire, toute leur vie, une guerre acharnée aux modes préjudiciables à la « santé. » Eh bien! sculpteurs, modeleurs, peintres, et vous orthopédistes, l'anatomie des formes aura encore de beaux jours! Après la Vénus de Milo, la Vénus du Kent! Mais pourquoi une Société ainsi formée de jeunes gens? A moins que, par réciprocité, les jeunes filles ne fondent à leur tour de semblables fédérations pour veiller sur les formes du sexe fort. Schocking! — L. D.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 4 au 10 mai 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès: 1,272. — Fièvre typhoïde, 57. — Variole, 13. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 16. — Diphthérie, croup, 43. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 3. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 73. — Phthisie pulmonaire, 254. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchites aiguës, 37. — Pneumonie, 119. Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 34; au sein et mixte, 20; inconnus, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 107; circulatoire, 72; respiratoire, 88; digestif, 52; génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulat. et muscles, 12. — Après traumatisme, 3. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 5.

Résumé de la 19e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 4 au 10 mai, 1,287 naissances et 1,272 décès.

Ce dernier chiffre est inférieur à la moyenne des décès déclarés pendant les quatre dernières semaines, qui est de 1,293.

Mais la recrudescence de la Fièvre typhoïde, que faisait prévoir la subite augmentation du chiffre des admissions dans les hôpitaux signalée dans le dernier *Bulletin*, s'est manifestée par un notable accroissements du nombre des décès dus à cette cause (57 au lieu de 31, chiffre de la période précédente). En outre, le chiffre des admissions dans les établissements hospitaliers pour la période du 30 avril au 6 mai, s'est élevé de 107 à 129.

En ce qui concerne les autres maladies épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir :

Une aggravation pour la Diphthérie (43 décès au lieu de 37) ;

Une atténuation pour la Variole (13 au lieu de 21) et la Rougeole (25 au lieu de 30).

La situation hebdomadaire des hôpitaux accuse également un chiffre d'admissions, pour cause de Diphthérie, supérieur à celui de la dernière période (37 au lieu de 29).

FORMULAIRE

GARGARISME CRÉOSOTÉ. — H. GREEN.

Créosote	20 gouttes.
Teinture de poivre d'Espagne	6 grammes.
Teinture de myrrhe	12 —
Teinture de lavande composée.	12 —
Sirop simple.	24 —
Eau distillée	150 —

Mêlez. — Pour un gargarisme recommandé dans le traitement de l'inflammation chronique de la gorge, et de l'angine pelliculaire localisée à la muqueuse pharyngienne. — N. G.

POUDRE CONTRE LA CHLOROSE. — BAMBERGER.

Lactate de fer	0 gr 50 centigr.
Oléo-saccharure de cannelle	2 grammes.
Sucre blanc pulv.	2 —

Mêlez et divisez en 6 doses.

2 ou 3 prises par jour dans la chlorose. — Nourriture fortifiante, exercice au grand air.

COURRIER

LA MALARIA EN ITALIE. — Le ministère de la guerre du royaume d'Italie vient de publier à l'aide des renseignements recueillis auprès des conseils provinciaux, une carte de la *Malaria* qui permet d'apprécier l'étendue du mal et son intensité.

Sur les soixante-neuf provinces de l'Italie, il n'y en a guère que six qui soient complètement exemptes de ce fléau qui frappe les habitants de fièvres miasmatiques et de cachexies paludéennes. Dans vingt et une provinces, la « Malaria » sévit d'une façon très grave.

On a calculé que, dans l'armée, plus de 40,000 hommes payent, chaque année, un tribut plus ou moins considérable à cette cruelle maladie.

La *Malaria* prélève certainement chaque année près de six millions de francs sur le budget italien, à raison des frais d'hôpitaux occasionnés par les maladies des soldats et des agents de toute sorte. Quant à la fortune publique, il serait impossible de chiffrer les désastres que lui inflige cette maladie, qui atteint à la force de l'âge des centaines de mille de travailleurs et force à laisser improductives de grandes étendues de terre qui pourraient être très fertiles.

Fait digne de remarque, la *Malaria* est devenue plus violente par suite de la construction des chemins de fer. Pour exhausser les voies, il a fallu extraire de chaque côté des matériaux, et former des excavations où les eaux stagnantes ajoutent considérablement à l'insalubrité de la région.

Sur certaines lignes de chemins de fer qui traversent de vastes solitudes, les employés les plus robustes ne peuvent résister aux fièvres de la *Malaria*, et on cite telle ligne qui perd chaque année 36 employés sur 1,000.

La question de la *Malaria* est une de celles dont l'étude s'impose d'une façon impérieuse au gouvernement italien. Mais il faudrait des centaines de millions pour détruire dans son germe cette maladie, qui arrête l'accroissement de la population, amoindrit les recettes du fisc, et pousse à l'émigration un trop grand nombre d'Italiens. (*France médicale.*)

EXCURSION SCIENTIFIQUE. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 20 mai, dans la forêt de Montmorency.

Le départ s'effectuera de la gare du Nord, à 7 heures 55 minutes.

HÔPITAL DU MIDI. — *Maladies vénériennes et syphilitiques.* — M. le docteur Horteloup commencera des conférences cliniques le dimanche 20 Mai 1883, à 9 heures du matin, et les continuera les dimanches suivants.

A 9 heures, visites des malades ; à 9 heures 1/2, conférences et opérations.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

(ASILE SAINTE-ANNE. — Février 1883.)

DES HALLUCINATIONS BILATÉRALES A CARACTÈRE DIFFÉRENT SUIVANT LE COTÉ AFFECTÉ, DANS LE DÉLIRE CHRONIQUE (1).

Leçon clinique de M. MAGNAN, et démonstration expérimentale du siège hémilatéral ou bilatéral cérébral des hallucinations,

par M. DUMONTPALLIER, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Conférence sténographiée par le Dr MORICOURT.

Je vais maintenant transférer l'activité de l'hémisphère cérébral gauche à l'hémisphère droit, et pour obtenir ce résultat, il me suffit d'appliquer une plaque métallique sur le côté gauche du front. Il s'agit là d'un phénomène très intéressant dont la découverte appartient à la commission de la Société de biologie chargée en 1877 et 1878 de faire un rapport sur la métalloscopie et la métallothérapie du docteur Burq. Le phénomène du transfert a été découvert, pendant les travaux de cette commission, par M. Gellé et par moi, et j'ai donné à ce phénomène le nom de *transfert*.

Voici en quoi il consiste : Etant donnée une malade hystérique hémianesthésique, si on applique sur le côté insensible du corps une plaque d'un métal, dont l'action a été établie par des expériences antérieures, on constate le retour de la sensibilité dans la région où a été appliqué le métal, et en même temps la disparition de la sensibilité du corps dans la partie exactement similaire du côté opposé, puis le phé-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 15 mai.

FEUILLETON

CAUSERIES

L'Académie des sciences nous a fait une agréable surprise l'autre lundi, en appelant à l'un des sièges vacants dans la section de médecine et de chirurgie M. le professeur Richet; je dis surprise, parce que l'habitude de ce genre d'élections semblait perdue, et qu'en outre, la liste de présentation des candidats faisait craindre encore quelque nouvel accident du côté de la physiologie.

Tout est donc pour le mieux, et l'on ne peut qu'applaudir à l'heureux choix de l'Académie des sciences. La longue et honorable carrière du chirurgien de l'Hôtel-Dieu a reçu sa consécration méritée, et satisfaction a été donnée en même temps aux légitimes aspirations du corps médical. Sédillot lui-même n'aurait pas autrement désigné son successeur, s'il était reçu que cet héritage figurât dans les testaments.

***

Un siège à l'Institut est un brevet d'immortalité qui n'est pas à la portée de tout le monde. Mais il y a, paraît-il, des équivalents, des succédanés, grâce auxquels on peut aspirer à dépasser sensiblement la moyenne de la vie humaine.

Ainsi ai-je appris dernièrement, avec une satisfaction que j'ai hâte de vous communiquer, un fait des plus importants, au point de vue de l'hygiène nationale, de la médecine publique et de la démographie.

nomène du transfert se généralise à tout le côté du corps correspondant au siège de l'application du métal. Si bien qu'après quelques instants, le côté insensible, au début de l'expérience, est devenu sensible, tandis que le côté opposé du corps a perdu sa sensibilité.

Le métal est appliqué depuis quelques instants sur le côté gauche du front de notre malade, et vous pouvez voir que la catalepsie existe maintenant à gauche seulement et nullement du côté droit, qui est devenu, à son tour, complètement inerte. Si je frotte le vertex, à droite de la ligne médiane, je ne produis plus rien; si, au contraire, je presse sur la région gauche du vertex, la malade devient somnambule du côté gauche, et, de ce côté seulement, elle peut lever la main à mon commandement.

Je vais maintenant la réveiller pour ne pas la fatiguer. Pour cela, suivant la méthode que j'ai formulée, je fais passer la malade successivement par les différentes périodes de l'hypnotisme que j'ai produites chez elle : une nouvelle pression sur le vertex gauche la fait repasser de l'état somnambulique à l'état cataleptique; l'ouverture des deux yeux défait la période cataleptique et la malade devient léthargique, toujours du côté gauche seulement. Je la réveille enfin par la cause qui avait produit la léthargie. Vous venez de constater que la malade qui, par différents procédés, avait passé successivement de l'état de veille dans les périodes léthargique, cataleptique et somnambulique, a pu, à l'aide des mêmes procédés, descendre successivement de la période somnambulique aux périodes cataleptique, léthargique, et enfin, à l'état de réveil.

Après l'avoir laissée réveillée pendant quelques instants, je vais de nouveau déterminer l'hypnotisme chez cette malade. Je me propose maintenant, en fixant la sensibilité des deux côtés du corps, de produire chez elle, simultanément des deux côtés du corps, les phénomènes que, jusqu'à présent, je ne vous ai montrés que d'un seul côté, tantôt à droite, tantôt à gauche.

En ce moment, la malade est sensible à gauche, mais le transfert spontané de la sensibilité va se produire, c'est-à-dire que la sensibilité qui existe ordinairement à droite, chez elle, va tendre à repasser de ce côté. Il y aura un moment où la malade sentira à peu près également à droite et à gauche. A ce moment, j'appliquerai des plaques métalliques sur les deux côtês du front, de manière à fixer la sensibilité dans une mesure égale pour chaque côté du corps. Alors chaque hémisphère cérébral

---

Vous n'ignorez point que la population française est en voie de décroissance; les recensements ne manquent pas de nous rappeler périodiquement cette vérité humiliante, et à ce propos il est inévitable que l'on s'insurge contre la funeste propagation des doctrines de Malthus. Entre nous soit dit, je soupçonne beaucoup de gens d'être convaincus que Malthus était un auteur romain, ayant vécu approximativement sous Néron ou sous Caligula. Absolument comme les lecteurs de journaux, persuadés que l'exequatur est une décoration spécialement réservée aux consuls.

Eh bien, rassurez-vous : si les décès l'emportent sur les naissances, si les nourrissons et les enfants en bas âge sont victimes d'une effrayante mortalité, il y a heureusement une catégorie de citoyens qui compense ces déchets par sa longévité. Ce sont les membres de la Légion d'honneur.

Entre toutes les vertus du ruban rouge, on ne s'était pas aperçu jusqu'ici de sa bienfaisante influence sur la prolongation de la vie humaine. Le fait est cependant prouvé; car le gouvernement, le gouvernement lui-même, ayant constaté que les légionnaires ne mouraient pas en assez grand nombre pour faire des places aux postulants, se propose d'augmenter le chiffre des croix d'honneur disponibles chaque année. Les chambres seront consultées sur ce point, doublement flatteur pour l'amour-propre national. Car il en résulte, d'une part, que la Légion d'honneur est presque un acheminement vers l'immortalité, et d'autre part que les mérites à récompenser se pressent en foule aux portes de la grande chancellerie; ce dont vous n'avez jamais douté, ni moi non plus.

Il est certain que Napoléon 1er, en attachant la croix sur la poitrine des grands soldats qu'il consolait ainsi de la perspective de se faire tuer à tout bout de champ (de bataille), ne se doutait pas que le même emblême serait plus tard un gage de conservation.

possèdera une activité égale, et les phénomènes qui jusqu'ici ne pouvaient être produits que d'un côté, existeront des deux côtés simultanément.

Vous pourriez obtenir la fixation de la sensibilité des deux côtés du corps avec un courant continu très faible, mais il est plus facile d'opérer avec les plaques métalliques.

Chez notre malade, l'activité cérébrale existant des deux côtés, l'action du regard, de la lumière, du son, des odeurs, du frottement de la surface de la peau sera égale des deux côtés du corps, et les différentes périodes de l'hypnotisme pourront être mises en évidence des deux côtés du corps. Je pourrais déterminer la léthargie hémilatérale, en approchant une montre près l'une des oreilles de la malade ; ou la léthargie bilatérale, en approchant simultanément une montre près de chaque conduit auditif. Mais, fait intéressant que je vous signale en passant, c'est que si les montres avaient un tic tac d'intensité différente, la malade serait plus hypnotisée du côté où le tic tac serait plus fort. Cette expérience confirme l'indépendance fonctionnelle pour chaque hémisphère cérébral, et établit qu'il y a dans la production des actes cérébraux une mesure qui est en rapport avec le degré des excitations périphériques.

Afin d'obtenir une action égale sur chaque hémisphère cérébral, je préfère agir également sur chaque rétine en fixant mon regard sur les deux yeux de la malade. Vous avez remarqué, dans cette dernière expérience, que, au moment où la malade s'est endormie, elle n'a plus incliné sa tête à droite ou à gauche, mais que sa tête s'est penchée directement en avant, et cela, parce que la malade est endormie également des deux côtés du corps. Si j'ouvre seulement l'œil gauche de la malade, je détermine la catalepsie à gauche, tandis qu'elle reste léthargique à droite. La lumière a donc agi sur la rétine de l'œil gauche ; et l'impression lumineuse a été transmise par les fibres entrecroisées du chiasma sur l'hémisphère cérébral droit. C'est là un point très important, parce que, la malade étant dans cet état, je vais pouvoir déterminer des phénomènes de suggestion du côté gauche du corps et rien à droite.

Si je donne à son membre supérieur gauche l'attitude du commandement, vous voyez immédiatement la moitié gauche de la face prendre une expression en rapport avec l'attitude du bras. Alors si je détermine à droite l'état cataleptique et si je porte l'extrémité des doigts de la main droite de la malade sur sa bouche, de façon à lui donner le geste d'une personne qui envoie des baisers, vous la voyez sourire du côté droit de la face pendant que du côté gauche elle garde l'expression sévère du

---

C'est pourtant comme je vous le dis. Seulement, les documents officiels, dont je viens de vous faire part, ne disent pas si la même immunité s'applique aussi aux officiers d'académie ; ce qui serait encore plus rassurant au point de vue des recensements et de l'augmentation indéfinie de la population française.

Reste à savoir si des vertus analogues seront inhérentes à la nouvelle décoration que vient de créer S. M. la reine d'Angleterre (God save the queen). Notez encore en passant cet esprit d'appropriation si remarquable chez les Anglais. Les Sociétés de secours aux blessés, la convention de Genève et la croix rouge sont issues de l'initiative française. Dans les années qui ont suivi la guerre de 1870, il s'opérait peu de déménagements qui ne fissent retrouver, au fond d'un tiroir, une croix de bronze, au ruban blanc et rouge, perpétuant le souvenir des soins ou des offrandes donnés à nos malheureux blessés.

De cet insigne, qui n'avait pas le droit de s'épanouir régulièrement à nos boutonnières, l'Angleterre a fait un ordre de chevalerie, tout aussi sérieux que ceux de la Jarretière et du Bain (quels aperçus de sens pratique et d'hygiène dans ces seules désignations !). La nouvelle décoration se portera sur l'épaule, et sera uniquement réservée aux dames.

Il est invraisemblable que la reine d'Angleterre me consulte sur les premières nominations à faire dans l'ordre de la Royale Croix-Rouge. Je connais cependant des femmes qui seraient bien dignes d'en faire partie, mais qui n'attendent et ne connaissent aucune récompense de ce genre.

***

Ce qui est moins rassurant pour l'hygiène publique, c'est le chiffre fantastique produit par la vente des tabacs pendant l'année 1882. Chacun de nous a le droit d'être fier d'avoir con-

commandement. Cette expérience ne démontre-t-elle péremptoirement l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral.

Au point de vue physiologique, nous avons produit dans cette expérience des phénomènes d'ordre réflexe. L'attitude donnée au bras gauche a mis en jeu la sensibilité musculaire, laquelle a transmis à l'hémisphère droit une impression qui a été celle du commandement, et l'impression perçue par le cerveau s'est traduite par une contraction, concordante des muscles de la face; en d'autres termes, le cerveau droit a renvoyé à la face du côté gauche une expression en rapport avec l'excitation initiale du bras gauche. La même interprétation peut être faite au sujet de l'impression que le geste d'envoyer des baisers avec la main droite a suscitée dans l'hémisphère gauche, lequel a renvoyé sur le côté droit du visage l'expression du sourire, qui accompagne l'envoi des baisers avec la main.

Je vais maintenant donner à la malade une expression similaire et égale des deux côtés du corps. Elle est cataleptique de chaque côté, on peut la faire tenir debout. Pendant qu'elle est debout, je lui croise les bras sur la poitrine dans l'attitude de la résignation, de la méditation ou de la prière. Sa physionomie prend une expression similaire des deux côtés du visage, et qui est en rapport avec l'attitude de la partie supérieure du corps.

Maintenant, si j'étends les deux bras de la malade dans l'attitude du crucifiement, vous voyez sa tête se pencher à droite et sa physionomie prend l'expression de la résignation et de la douleur. Dans toutes ces expériences, produites pendant la période cataleptique de l'hypnotisme, les positions données aux membres ont suggéré une modalité cérébrale qui s'est traduite par une expression du visage en rapport avec l'attitude du corps. J'ai déterminé de la sorte des actes réflexes inconscients pour la malade.

Mais je puis par certains procédés faire cette malade consciente d'un seul hémisphère cérébral. En effet, si j'appuie mes doigts sur le sommet de la tête du côté droit, je la rends somnambule du côté droit, pendant qu'elle reste cataleptique à gauche. Sur ma demande, elle me donne sa main droite; mais elle ne peut me donner sa main gauche. Je place son bras gauche cataleptique dans l'attitude du commandement et je lui ordonne de porter sa main droite à sa bouche et d'appeler des oiseaux. Elle m'entend très bien de l'oreille droite; le cerveau gauche répond à l'ordre donné à l'oreille droite et vous la voyez appeler les oiseaux du geste et de la voix, et les lèvres ne se meuvent que du côté droit. Si maintenant je la rends

---

tribué, pour sa part, aux 355 millions qui sont entrés, de ce chef, dans les caisses de l'État. Il m'est vraiment pénible de savoir un peu surannée déjà l'ingénieuse réflexion que tout cet argent s'en est allé en fumée, et de ne pouvoir vous la servir comme de mon crû. N'oublions pas toutefois que, dans le total ci-dessus, le tabac à priser figure pour la respectable somme de 78 millions, et quelques centimes.

Il est bien entendu que le tabac est un poison. Fumer est une faute grave contre l'hygiène, a dit Michel Lévy, et il avait parfaitement raison. Ce qui n'empêche que c'est cette faute-là que nous commettons la première en nous levant, et la dernière avant de nous coucher, et aussi tout le reste du temps.

Je n'ai plus assez de place aujourd'hui pour vous exposer tout ce que j'ai observé sur les inconvénients du tabac. Vous me voyez cependant d'autant plus ferré là-dessus, que j'ai recueilli tout récemment de nouveaux documents auprès d'un de mes collègues, qui a publié un mémoire intéressant contre le tabac, et a reçu une récompense d'une Société savante pour ce travail. Je ne me rappelle plus au juste le nombre de cigarettes que nous avons fumées, mon collègue et moi, pendant qu'il me développait le résultat de ses recherches.

Ce qui pourrait peut-être se démontrer par une statistique, c'est que les gens qui ne fument pas vivent plus vieux que les fumeurs. Du moins, il m'a semblé qu'on trouvait peu de fumeurs parmi les gens âgés; les hommes célèbres qui parviennent à une vieillesse avancée ne sont généralement pas des fumeurs. On peut en citer comme exemples M. Thiers et Victor Hugo.

Il y a donc pour moi, jusqu'à plus ample informé, une certaine présomption que le tabac abrège notre existence, plus sûrement peut-être que la Légion d'honneur ne la prolonge. Je ne vais pas cependant jusqu'à partager l'opinion de cette dame, à laquelle une de ses amies

également somnambule à gauche par la pression sur le côté gauche du vertex, vous la voyez appeler les oiseaux des deux mains, et ses lèvres se meuvent également des deux côtés.

Elle est en ce moment dans un état particulier. Dans cet état de somnambulisme tous les actes peuvent lui être commandés, elle les exécutera et n'en conservera aucun souvenir au moment du réveil. Mais si demain, ou dans quelques jours, je détermine de nouveau chez cette même malade le même somnambulisme, et que je l'interroge, elle se rappellera très nettement ce qui aura été produit dans l'état somnambulique actuel. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de ces faits; vous pourrez en déduire les conséquences.

Je passe à la démonstration expérimentale des hallucinations. Mais auparavant, je réveille la malade pour lui éviter une trop grande fatigue. Je procède comme tout à l'heure en la faisant repasser par l'état cataleptique et par l'état léthargique. Réveillée par le regard, et après l'avoir laissée reposer un instant, je lui remets les plaques sur le front pour fixer l'activité cérébrale et je l'hypnotise de nouveau au moment où elle sent également des deux côtés, puis je la remets dans l'état de somnambulisme.

Cela étant, je vais vous donner la démonstration expérimentale des phénomènes psychiques dont M. Magnan nous a fait l'exposé au commencement de cette conférence. Il s'agit de produire simultanément chez notre malade des hallucinations de caractère différent en m'adressant à l'organe de l'ouïe. Pour cela, il me faut le concours d'un aide. Nous tiendrons à chaque oreille de la malade un langage différent et vous verrez la physionomie de la malade prendre du chaque côté du visage une expression qui sera en rapport avec le langage différent qui aura été entendu par chaque oreille. Nous aurons ainsi provoqué chez elle deux hallucinations différentes et simultanées. Ces deux hallucinations se traduiront par une expresssion opposée et simultanée de la physionomie, ce qui, vous le comprendrez facilement, ne peut être simulé. Je lui dis à l'oreille droite qu'il fait beau et que le soleil brille, pendant qu'une autre personne lui dit à l'oreille gauche qu'il pleut. Du côté droit, vous remarquez qu'elle sourit, tandis qu'à gauche il existe un abaissement de la commissure labiale, qui traduit le désagrément que lui cause le mauvais temps.

Je vais maintenant produire chez cette malade, par l'intermédiaire de l'organe de l'ouïe, des hallucinations de deux organes sensoriels différents, l'ouïe et la vue.

---

vantait le grand âge d'un parent, qui était grand fumeur : « Eh bien, s'il n'avait pas fumé, au lieu d'avoir 80 ans aujourd'hui, il en aurait peut-être 90. »

Les effets du tabac sont d'ailleurs très variables, suivant les individus, et il n'agit pas physiologiquement de la même façon chez tout le monde; en outre, par l'habitude, ses effets s'atténuent et finissent par passer inaperçus, quand on a surmonté les premières épreuves, qui sont généralement moins faciles à dissimuler.

De tous les inconvénients qu'on peut rationnellement attribuer au tabac, il en est deux qui me paraissent mieux prouvés que tous les autres. C'est d'abord une action très certaine sur la mémoire, que le tabac émousse et affaiblit. Ce sont ensuite des troubles digestifs, soit aigus, soit chroniques. Les accidents aigus sont le vomissement ou la purgation. Le vomissement ne persiste pas, une fois l'accoutumance acquise. La purgation se manifeste encore chez de vieux fumeurs endurcis, lorsqu'ils fument à jeun ou en dehors de leurs moments ordinaires.

Quant il n'y a ni vomissement ni purgation, le tube digestif est cependant influencé. La déglutition et l'inhalation de la fumée provoquent, comme le ferait un corps étranger ou un irritant quelconque, des contractions de l'estomac et des intestins; de proche en proche, ces contractions se propagent d'un bout à l'autre du tube digestif, et parfois se traduisent par un vague sentiment de pesanteur vers le siège. Ces contractions répétées finissent par entraver la circulation intra-abdominale; le sang veineux est ralenti dans sa marche, ses réservoirs se laissent distendre, s'engorgent, et voilà des hémorrhoïdes constituées.

Je crois positivement que le mécanisme ci-dessus indiqué contribue au développement des hémorrhoïdes, qui sont assez fréquentes chez les grands fumeurs. Cela prouverait une fois de plus que les extrêmes se touchent. Il y a une statistique à faire là dessus.

Pour cela, je lui dis à l'oreille droite qu'elle est à la campagne, et je décris le tableau d'une fête champêtre à laquelle prennent part des jeunes filles et des jeunes gens. Ce tableau, qu'elle perçoit avec son hémisphère cérébral gauche, se traduit par le sourire sur la moitié droite de son visage, tandis qu'à gauche le visage exprime l'émotion que lui a causé l'aboiement du chien que l'on a imité à son oreille gauche. Il n'y a pas de mime, quelque habile qu'il soit, qui puisse traduire simultanément, de chaque côté de son visage, des expressions aussi opposées. On a dit qu'en Angleterre avait existé un acteur célèbre qui riait d'un côté et qui pleurait de l'autre. Mais c'était toujours le même côté du visage qui exprimait la tristesse, parce que cet acteur avait une paralysie faciale de ce côté, et que le côté opposé seul pouvait sourire.

Voici une série de photographies qui rappelle les différentes expressions de chaque moitié du visage suscitées par les diverses hallucinations provoquées, et vous voyez combien est frappant le contraste de la physionomie sur ces photographies.

A toutes ces expériences, il faut une conclusion : Dans les conditions normales de la vie, toutes les parties qui constituent le cerveau fonctionnent d'une manière parfaitement équilibrée. Nous percevons avec notre cerveau droit et avec notre cerveau gauche, qui tous deux se prêtent un mutuel appui. Mais lorsque, dans des circonstances déterminées, un des deux hémisphères devient inactif, l'indépendance fonctionnelle devient manifeste. C'est ainsi que vous avez vu que notre malade avait alternativement tout un côté du corps insensible et inactif, tandis que l'autre restait sensible et actif. Vous avez vu que je pouvais, à volonté, transférer cette sensibilité et cette activité à droite ou à gauche, et que chaque moitié du visage présentait des expressions en rapport avec l'activité ou la non-activité de chaque hémisphère cérébral. Vous avez vu, de plus, qu'il était facile de fixer la sensibilité et la motilité dans les deux côtés du corps, de manière à faire exécuter à la malade, des deux côtés à la fois, ce qu'elle n'exécutait d'abord que d'un seul côté.

Il me semble que, quand on peut à volonté mettre en évidence, par certains procédés, l'activité psychique, sensitive et motrice des centres nerveux et cela isolement d'un seul côté, ou simultanément des côtés du corps, on a démontré de façon la plus absolue et la plus indiscutable l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral.

Peut-être, Messieurs, vous ai-je retenus bien longtemps ; mais j'avais à cœur de

---

Au taux de la consommation du tabac en France, ce serait donc pour 355 millions d'hémorrhoïdes que nous nous offririons annuellement. Chiffre d'affaires important, même sur un budjet de plusieurs milliards.

Des différentes manières de fumer, la moins dangereuse est la pipe, et la plus mauvaise, la cigarette ; dans la pipe, le tabac dépose une grande partie de ses principes nuisibles sur les parois du réservoir ; il n'est pas en contact immédiat avec la bouche, où la fumée n'arrive qu'après un parcours plus ou moins long, qui équivaut à une sorte de distillation. De plus, la pipe rassasie mieux que la cigarette, et se répète moins souvent. Celle-ci, au contraire, peut être recommencée presque sans interruption, et c'est elle, par son petit volume, par sa saveur aussi, qui se prête le mieux à l'inhalation de la plus grande partie de la fumée. Elle a enfin le grave inconvénient de laisser sur les doigts des traces trop visibles de son usage.

J'estime donc que la régie a rendu un fâcheux service aux consommateurs en leur livrant des cigarettes toutes faites, qui s'écoulent plus vite, et dans lesquelles le tabac n'est jamais à point, car il lui faut, pour la cigarette, un certain degré d'humidité, afin que la vapeur d'eau, s'ajoutant aux produits de la combustion, en diminue l'âcreté. Dans les cigarettes fabriquées d'avance, le tabac est trop sec et d'un pouvoir toxique plus élevé. Heureusement, le revenu de cet article ne dépasse pas la modeste somme de seize millions.

Quant au cigare, il est surtout à craindre en raison de son contact avec les lèvres, et des solutions salines dont sont imprégnées les feuilles de tabac qui servent à la confection des cigares. Cette préparation chimique donne un caractère particulier aux effets du cigare, qui ont une prédilection pour la gorge ; c'est le cigare qui est responsable des angines, des laryngo-bronchites, et surtout de la pharyngite granuleuse des fumeurs. Très souvent la pharyngite chronique ne reconnaît pas d'autre cause que l'habitude du cigare ; il y a matière à confusion, car c'est aussi la maladie des orateurs, des avocats, des conférenciers, et vous

prêter à mon ami, M. Magnan, votre savant professeur, un concours utile en établissant devant vous la démonstration expérimentale de l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, laquelle indépendance peut seul rendre compte des hallucinations unilatérales et bilatérales de nature différente dans l'aliénation mentale.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DE L'AVANCEMENT DES MÉDECINS DE LA MARINE.

La situation défavorable des médecins de la marine, au point de vue de l'avancement, est certainement la cause des démissions qui, chaque année, enlèvent à ce corps d'élite des membres nombreux, tous rebutés par les déboires d'une carrière pleine de déceptions. C'est là une cause de perte pour le Trésor public, qui a dû pourvoir à l'éducation médicale de la plupart d'entre eux, et une cause d'affaiblissement pour le Corps de santé de l'armée de mer.

A l'inverse des médecins de l'armée de terre, leurs confrères de la marine ont un avancement d'autant moins rapide qu'ils séjournent plus souvent et plus longtemps aux colonies ou à bord des navires. Dans un personnel de 666 officiers, dont les cinq sixièmes sont aux colonies ou à la mer, bien rares sont les médecins qui peuvent se présenter au concours annuel et aspirer à l'avancement. Ces concours ont lieu seulement, en effet, dans les ports où se trouve une École de médecine et dans le courant du mois de septembre.

Une telle situation mériterait de fixer l'attention des pouvoirs publics. Déjà la commission législative de réorganisation des corps de la marine avait fait observer, par la plume de son rapporteur, que « les navigations incessantes conduisent à ce fait inouï que, dans le Corps de « santé de la marine, l'avancement s'obtient en raison inverse des services et des cam« pagnes. »

Malgré ce rapport du 28 juin 1881, les choses sont encore en l'état; les abus persistent; les médecins qui en trouvent l'occasion, abandonnent leur carrière, et le mérite professionnel de la plupart reste sans récompense ! C. E.

---

avouerez que les gens qui parlent et les gens qui fument sont terriblement nombreux. Dans l'un et l'autre cas, le traitement saute aux yeux : il faut supprimer la cause; *sublatâ causâ....* C'est un traitement que nous ordonnons sans être préoccupés de le voir échouer, attendu qu'il n'est jamais suivi par le malade.

Maintenant que nous sommes bien d'accord sur la détestable tyrannie du tabac, nous allons poursuivre nos observations en fumant un peu.

***

Je suis bien en retard pour parler de l'*Année scientifique* de Louis Figuier, qui a déjà été signalée à nos lecteurs, et qui doit l'être surtout à cette place, en reconnaissance de la notice élogieuse consacrée à Simplice, dans la nécrologie de l'année 1882. Le recueil de M. Figuier est d'ailleurs assez haut placé dans l'opinion du monde savant pour que son apparition périodique n'ait pas besoin d'être annoncée.

L'infatigable vulgarisateur prend soin de ne pas se séparer longtemps de ses lecteurs; le travail coule de sa plume comme d'un réservoir toujours plein, et aujourd'hui il poursuit son labeur par une magnifique publication illustrée consacrée aux applications nouvelles de l'électricité. L'actualité du sujet, le nom de l'auteur et la beauté du livre lui assurent sa place dans la nombreuse lignée de ses devanciers.

Plus modeste et moins attrayante a été la tâche de nos collègues les docteurs du Cazal et Martino, qui ont compulsé toutes les lois et circulaires qui nous régissent, pour rédiger leur *Aide-Mémoire administratif du médecin militaire.* Ils savent de quelles chaleureuses bénédictions les combleront tous ceux qui, une seule fois dans leur vie, auront été aux prises avec un règlement,

LUBANSKI.

BIBLIOTHÈQUE

LES THÈSES DU CONCOURS D'AGRÉGATION EN MÉDECINE (1883).

Suite. — (Voir le numéro dd 10 mai.)

VIII. — DES AFFECTIONS CÉRÉBRALES CONSÉCUTIVES AUX LÉSIONS NON TRAUMATIQUES DU ROCHER ET DE L'APPAREIL AUDITIF, par M. Albert ROBIN, médecin des hôpitaux. — Paris, J.-B. Baillière.

Voici, je crois, un travail complet sur un sujet bien limité. Mais l'analyse en est bien difficile. M. Robin commence par donner dans son introduction les conclusions auxquelles il est arrivé après avoir réuni, dépouillé, classé, 200 observations; en tête de chaque chapitre se trouve un sommaire très détaillé, de sorte qu'on pourrait à la rigueur se contenter de parcourir l'introduction et les têtes de chapitres pour savoir ce que contient la thèse. On y perdrait.

D'abord on ne se rendrait pas compte d'une chose, c'est de l'excellent parti qu'on peut tirer de cette manière de procéder : Je veux dire de dresser un tableau des observations recueillies en mettant dans des colonnes séparées l'âge, le sexe, la constitution, les antécédents héréditaires et personnels, les phénomènes et complications présentés, et le traitement suivi dans chaque cas. On sait ainsi immédiatement combien de fois sur 200 les inflammation de l'oreille se sont présentées chez une même catégorie de diathésiques, combien de fois tel phénomène auriculaire ou cérébral s'est montré, combien de fois tel traitement a réussi, et on peut ainsi asseoir sur des données solides, sur des chiffres, l'étiologie, la marche clinique, l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'affection primitive et de ses complications cérébrales.

Les résultats auxquels M. Robin est ainsi arrivé sont des plus importants. On a grande chance, avec 200 observations, d'avoir toutes les variétés d'affections auriculaires capables d'engendrer des affections cérébrales, et de savoir dans quelles proportions celles-ci apparaissent à la suite de telle espèce de celles-là. On sait ainsi par quel mécanisme les lésions du rocher et de l'appareil auditif engendrent les affections cérébrales; que les sujets chez lesquels se développe le plus souvent l'otorrhée sont les scrofuleux et les tuberculeux, puis les syphilitiques et les alcooliques ; — que cette affection est surtout fréquente de 15 à 40 ans ; qu'elle est plus fréquente à droite qu'à gauche, et chez la femme que chez l'homme; — que l'intervention d'une cause occasionnelle est souvent nécessaire au développement de l'otorrhée; — que les lésions cérébrales se manifestent sous trois formes : lente foudroyante, rapide ; — que les accidents sont de deux ordres : inflammatoires, comme la méningite, ou nerveux, comme les divers vertiges auraux, etc.

L'importances des chiffres tirés de ces 200 observations se fait encore sentir lorsqu'il s'agit d'établir les particularités du diagnostic des manifestations inflammatoires cérébrales coïncidant par exemple avec l'otorrhée ou la phlébite des veines de la tête et du cou. Malheureusement, il reste encore des incertitudes que la statistique n'a pas pu dissiper. C'est déjà beaucoup de les avoir signalées.

Le pronostic n'est pas non plus toujours facile à établir, mais en ceci les brusques revirements des complications cérébrales des affections de l'oreille ne diffèrent en rien des affections cérébrales ordinaires.

Les considérations thérapeutiques sont, comme tout le reste, exposées très clairement. La thérapeutique doit être avant tout prophylactique ; il faut traiter l'otorrhée en faisant appel aux méthodes aseptique et antiseptique, mais sans oublier que l'état général du malade domine toute la thérapeutique. L'intervention chirurgicale, la trépanation de l'apophyse mastoïde ne vient qu'après.

A peine est-il besoin d'ajouter que la thèse commence par un chapitre consacré aux rapports anatomiques et physiologiques du rocher et des cavités de l'oreille et du cerveau. Il n'était pas inutile de rappeler les connexions anatomiques et fonctionnelles de deux régions dont les relations pathologiques sont si fréquentes et si complexes, pour mieux comprendre celles-ci.

IX. — PATHOGÉNIE ET ACCIDENTS NERVEUX DU DIABÈTE SUCRÉ, par M. Ferdinand DREYFOUS, Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La manière même dont la question était posée indiquait celle dont le jury entendait qu'elle fût traitée : examiner successivement les diverses théories pathogéniques du diabète, les critiquer, exposer les arguments qui ont été élevés contre elles, puis les éliminer successive-

ment en se prononçant pour la théorie nerveuse; enfin montrer, si possible, la relation existante entre la pathogénie nerveuse et les accidents nerveux de diabète.

M. Dreyfous a suivi en partie ce programme, ou pour mieux dire, il en a bien traité les deux parties, mais la transition laisse à désirer. C'était d'ailleurs le point le plus obscur de son travail, et vu l'état de la science, il était obligé de se contenter d'exposer des hypothèses. Après avoir étudié la glycogénèse physiologique, et indiqué l'influence du système nerveux sur ce processus, il énumère les diverses théories du diabète : gastro-intestinale, hépatique, nerveuse, celles qui rattachent le diabète à un trouble de nutrition, enfin la théorie pancréatique. Il les renverse toutes et ne conserve que la théorie nerveuse. Mais quelle est la cause qui agit sur le système nerveux pour produire le diabète? A une maladie générale, dit l'auteur, il faut une cause générale. Seulement, cette cause est encore à trouver.

Puisque nous tombons dans l'hypothèse, qu'on me permette d'en risquer une. Il est reconnu que le diabète non traumatique se manifeste presque toujours chez ces sujets que les uns appellent des herpétiques, et qu'avec Bazin les autres appellent des arthritiques. Peu importe le nom : la constitution existe. L'état constitutionnel des arthritiques a pour caractéristique anatomique un état particulier des humeurs et des organes. Humeurs et organes ne sont pas également altérés chez tous les individus : de là plusieurs variétés d'arthritiques, reconnaissables suivant que le système nerveux, ou le foie, ou le rein, ou le cœur, ou le poumon, ou la peau, sont atteints de préférence. J'admets avec M. Dreyfous que la glycosurie soit différente du diabète, bien que cette distinction soit plus facile en théorie qu'en pratique; mais je pense qu'elle a pour cause, comme le diabète, une modification d'une région bien connue du système nerveux, le plancher du quatrième ventricule, et dépendant elle-même d'une localisation de l'arthritisme en ce point.

Que la modification, si elle n'est que passagère et peu intense, disparaisse, et il en sera de même de la glycosurie; qu'elle persiste ou qu'elle se renouvelle fréquemment, et la glycosurie restera de même. Alors arrivera un moment où celle-ci deviendra diabète, c'est lorsque le sucre renfermé dans le sang aggravera les lésions organiques primitives de l'arthritisme : le foie chez l'un, le pancréas chez l'autre, le rein chez un autre, divers points du système nerveux chez un quatrième, et l'on aura les divers variétés du diabète : le diabète gras, le diabète maigre, le diabète avec albuminurie, le diabète avec accidents nerveux. Plus les altérations secondaires seront graves, plus elles seront multiples, plus les accidents seront sérieux; de là ces inflammations gangréneuses des poumons et des membres, et lorsqu'apparaîtront les lésions du mal de Bright capables de produire l'urémie, viendra le coma diabétique.

On aurait ainsi, au point de vue étiologique, différentes causes agissant sur un même état général et pouvant amener la lésion cérébrale glycogénique, et, au point de vue clinique, un même diabète primitivement, mais revêtant plus tard différentes formes suivant les organes atteints secondairement. J'utilise ainsi la plupart des données fournies par le travail de M. Dreyfous, savoir : l'arthritisme comme cause générale ou constitutionnelle prédisposante, et les lieux de moindre résistance constitués par les organes touchés plus particulièrement par le diabète, comme causes déterminantes des formes qu'il présente, — et j'arrive à la même conclusion que lui : « les variétés du diabète tiendraient donc au terrain et non à la nature de la maladie, qui resterait unique au milieu de ses variétés. »

Le système nerveux pouvant être atteint secondairement sur différents points, présente alors les différentes affections dont M. Dreyfous donne la description dans la seconde partie de sa thèse : troubles de motilité, de sensibilité, des fonctions génitales, des organes des sens, de l'encéphale, vaso-moteurs et trophiques, et enfin le coma diabétique, que nous persistons à considérer comme une variété de l'urémie. Et ainsi se dégage la transition entre la théorie nerveuse et les accidents nerveux : intervention primitive du système nerveux pour produire la glycosurie; apparition secondaire des troubles nerveux lorsque le diabète retentit sur les organes de moindre résistance.

Un court chapitre sur le traitement des accidents nerveux termine cette description.

(*A suivre.*) L.-H. PETIT.

THÉRAPEUTIQUE

DE LA GOUTTE.

S'il est une diathèse douloureuse dont nous cherchons à soulager nos malades, sachant combien elle vient interrompre brutalement leurs occupations de chaque jour, les enlever, sans préambule, à leurs travaux ou à leurs plaisirs, c'est assurément la *goutte*, spectre rouge des viveurs.

Au temps passé, il était de bon ton d'avoir la goutte; disons d'abord que c'est une affection qui a tous ses quartiers de noblesse; elle était connue dans la plus haute antiquité; Hippocrate en parle dans ses ouvrages, et Galien, Arétée, Cœlius Aurelianus lui ont consacré une partie de leurs traités.

Paré nous en donne la définition : *Le vocable de goute, qui est françois, luy peut avoir esté attribué parce que les humeurs distillent goute à goute sur les jointures*; et Cotgrave : *Quant ils seront de nopces, ils n'auront la goute es dents.*

On disait, il y a deux cents ans :

Goutte bien tracassée
Est, dit-on, à demi passée.

Les causes de la goutte sont nombreuses : parmi les causes *prédisposantes*, notons surtout et d'abord l'*hérédité*, c'est une des causes les plus réelles et les plus fréquentes; l'*alimentation trop riche et trop abondante*, c'est la cause connue de tous. Nos malins ancêtres appelaient la goutte le *morbus dominorum*, voulant exprimer la prédilection de cette maladie pour les classes élevées; peut-être cette cause doit-elle être considérée comme la principale; elle serait alors tout à l'éloge de la femme, car tous les auteurs s'accordent à dire que notre sexe est bien plus sujet à la goutte que le sexe charmant.

C'est encore l'*âge*; la goutte se manifeste généralement après la soixantaine, et tous nos confrères peuvent affirmer que, si le grand observateur Sydenham revenait aujourd'hui reprendre ses études, il ne trouverait encore pas un seul enfant goutteux.

Parmi les causes occasionnelles de la goutte, citons l'*action du froid;* on a cherché à expliquer la goutte par l'arrêt de la transpiration; suivant M. Garrot, l'affection *est due à une suspension momentanée ou permanente de l'excrétion de l'acide urique, séparé du sang par les reins.*

La goutte est *aiguë* ou *chronique*.

Les symptômes de la goutte aiguë sont d'abord : la *douleur*, dont le siège de prédilection est un des deux gros orteils; le *gonflement*, qui s'étend souvent au delà des limites de l'articulation; la *rougeur*, toujours en rapport avec le gonflement et l'intensité de la douleur; la *chaleur* : on constate souvent un ou deux degrés de différence entre les parties malades et les autres parties du corps.

Dans la goutte *chronique* ou goutte *irrégulière*, la douleur est moins vive, le gonflement devient persistant, et nous ne trouvons généralement ni rougeur ni chaleur. L'appétit est excité, tandis qu'il se perd avec la goutte aiguë, et, comme dans cette dernière il y a de la constipation, les urines sont peu abondantes.

Les remèdes apportés à la maladie ont varié suivant les progrès de la science. On a beaucoup pratiqué la *saignée* dans les attaques de goutte, bien que quelques auteurs la proscrivent absolument; pour les *concrétions tophacées*, on obtient les meilleurs résultats avec le colchique et le carbonate de lithine; les *sudorifiques* sont très employés dans la goutte chronique; les *mercuniaux* ont trouvé place dans la goutte aiguë et dans le rhumatisme articulaire que plusieurs auteurs recents, Chomel entre autres, regardent comme deux affections identiques; les *antimoniaux* ont été employés fréquemment et avec succès; les *alcalins* sont vivement recommandés par tous les spécialistes. Il est à la connaissance de tout le [monde que le traitement par les eaux de Vichy est aujourd'hui le remède à la mode.

Depuis nombre d'années, du reste, les stations thermales constituent une thérapeutique des plus agréables, mais outre que ce moyen coûteux n'est pas à la portée de tous et que beaucoup ne peuvent, au moment voulu, laisser en souffrance de précieux intérêts, il arrive que bon nombre de malades se croient guéris après une cure de quelques jours, parce qu'ils ont éprouvé une amélioration relative; rentrés dans la vie fiévreuse et surexcitée de chaque jour, repris par l'engrenage des affaires, ils cessent tout traitement avant que la guérison soit radicale; de là bien souvent des rechutes dangereuses.

Nous avons eu l'occasion, depuis plusieurs années déjà, d'employer souvent, dans le traitement de la goutte, l'*Arenaria rubra*, caryophyllée que l'on trouve, ainsi que son nom l'indique, dans les régions sablonneuses en Espagne, en Portugal, en Italie et sur tout le littoral algérien.

De nombreux essais tentés sur les espèces d'*Arenaria* provenant d'Espagne et d'Italie n'avaient donné que des résultats peu satisfaisants, lorsque M. Jules Simon (d'Alger), reconnaissant les merveilleuses propriétés de cette plante, eut l'idée d'en surveiller lui-même la récolte sur le littoral algérien, où elle croît en abondance, et de composer ses pilules à l'arenaria, donnant ainsi à son produit une supériorité incontestable.

Les expériences faites sur de nombreux malades de tout âge nous permettent d'indiquer ces

pilules comme un des spécifiques les plus rapides à soulager et à guérir l'affection qui nous occupe.

Nous verrons, dans une autre étude, que les pilules à l'*Arenaria rubra* ne sont pas seulement un spécifique contre la goutte, mais que la quantité de sels alcalins qu'elles renferment (notamment des silicates d'alumine, des chlorures de potassium et de sodium) en font encore un remède souverain contre la *gravelle*, le *catarrhe vésical* (elles font disparaître en quelques jours l'odeur ammoniacale, infecte et parfois intolérable, des urines), contre la *dysurie*, la *cystite*, les *néphrites*, les *coliques hépatiques*.

Docteur LAFON,
Ex-Médecin de la marine militaire et Médecin de colonisation à Aïn-Bessem (Algérie).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 mai 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

M. le docteur Delbovier (?) écrit qu'il considère l'iode comme le remède par excellence contre la fièvre typhoïde, surtout quand il est donné au début de la maladie. Il agit en détruisant les organismes microscopiques auxquels est dû le développement de cette redoutable affection.

M. le docteur Martin-Damourette, professeur libre de thérapeutique, qui vient de mourir à la fin du mois dernier, lègue à l'Académie des sciences une somme de 40,000 francs pour fonder un prix de thérapeutique physiologique.

M. Mouillefer adresse une note relative au traitement des vignes phylloxérées par le sulfocarbonate de potasse.

A propos de cette question, M. le Secrétaire perpétuel dit qu'il a reçu d'autres communications concernant les ressources que présente la culture de la vigne dans les sables, en Algérie. Une étendue de six mille hectares, jadis stériles, a été implantée de vignes par divers propriétaires, et l'un d'eux a vendu, l'année dernière, pour cent mille francs de vin, soit pour une somme supérieure au prix d'achat que lui avait coûté le terrain.

Nous importons actuellement un million de vin par jour; si cela continuait dix ans encore, trois ou quatre milliards d'argent français auraient passé à l'étranger en échange des vins dont la consommation est devenue impérieuse en France. La question de la culture de la vigne dans les sables offre donc une importance de premier ordre. — M. Fremy demande si cette question est bien positivement résolue.

M. Blanchard, prenant la parole, répond qu'à cet égard l'expérience a prononcé de la façon la plus catégorique. Le phylloxera ne peut pas vivre dans le sable. Un propriétaire de l'Hérault qui avait planté des vignes dans le sable, et qui avait ainsi évité les atteintes du phylloxera, eut la malencontreuse idée de marner ses sables; l'année suivante, les vignes, jusque-là indemnes, furent envahies par le phylloxera. On ne peut donc, sur ce point, conserver aucun doute. Il est bon de noter que la nature du sable n'a aucune influence sur le résultat; c'est l'état physique seul, c'est la pulvérulence qui s'oppose à la vie de l'insecte. — M. Dumas ajoute, pour répondre à la pensée de M. Fremy, qu'il ne faut pas conclure de ce qui vient d'être dit, que tous les terrains sableux sont également favorables à la culture de la vigne. La preuve du contraire a été établie par quelques essais infructueux tentés dans les Landes. Le sable est funeste au phylloxera, voilà qui est acquis. Mais, pour la culture de la vigne, il faut consulter les conditions climatériques, l'exposition, l'état hygrométrique, etc., de la localité, avant de rien entreprendre.

M. Boussingault confirme l'opinion de M. Dumas et de M. Blanchard. Le phylloxera est inconnu, jusqu'à présent, dans le Palatinat. Le savant académicien attribue la préservation de ce pays à la nature du sol, qui est formé de sable provenant de la désagrégation du grès bigarré.

M. Dumas donne lecture de quelques considérations qui terminent une note de M. Boussingault sur une nouvelle analyse de la fève de cacao. Ces considérations sont intéressantes, et nous les reproduirons dans un de nos prochains *Bulletins*, avant que les répandent dans le public, selon le spirituel conseil de M. Dumas, tous les fabricants de chocolat.

M. Maze, député de Seine-et-Oise, adresse à l'Académie le discours qu'il a prononcé sur l'assainissement des logements insalubres. — M. L.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 21 au 24 mai 1883.

Du 21 au 24, pas de thèses.

Jeudi 24. — M. Hué : Sur la péritonite aiguë compliquant les kystes de l'ovaire. (Président, M. Le Fort.)

M. Auvray : Essai sur la conjonctive granuleuse. — L'épidémie des pupilles de la marine à Brest. (Président, M. Panas.)

M. Michaux : De la situation déclive du malade avec flexion du rachis et taxis dans la réduction des hernies. (Président, M. Panas.)

M. Bertrand (Marius) : Des injections en général et des procédés d'injection qui peuvent être usités dans les affections des voies génito-urinaires. (Président, M. Brouardel.)

M. Daubresse : Du goître exophthalmique chez l'homme (étude clinique). (Président, M. Laboulbène.)

Vendredi et samedi, pas de thèses.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons la mort d'un de nos honorables confrères arrivé au terme d'une longue carrière dignement remplie, M. le docteur Lehelloco, âgé de quatre-vingt-douze ans, et qui était probablement le doyen d'âge des médecins de Paris. M. Lehelloco, praticien très estimé, était docteur de 1818 ; il avait été médecin consultant du roi Louis-Philippe et le médecin ordinaire du prince Jérôme-Napoléon et de toute sa famille. Il était officier de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Tassy, de Paris ; Imbert, de Castellane ; Franche, de Charly, et Duriez, d'Auxi-le-Château.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 12 mai 1883, M. le docteur Lunier, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés, a été nommé inspecteur général honoraire.

Par un autre arrêté portant la même date, M. le docteur Lunier a été spécialement chargé de l'inspection des services se rattachant à la protection des enfants du premier âge.

Comité consultatif d'hygiène. — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce vient de décerner aux membres des Conseils d'hygiène publique et de salubrité, qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux, les récompenses honorifiques suivantes :

Médailles d'or. — M. le docteur Micé, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux ; M. le docteur Thouvenet, membre du Conseil central de Limoges.

Médailles d'argent. — M. Antheaume, pharmacien, secrétaire du Conseil de Provins (Seine-et-Marne) ; M. le docteur Ardouin, médecin de 1re classe de la marine ; M. le docteur Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille ; M. le docteur Dieu, membre du Conseil de Dunkerque (Nord) ; M. Frélier, vétérinaire à Lille ; M. Herbelin, pharmacien, secrétaire du Conseil central de Nantes ; M. Lejourdan, ingénieur, membre du Conseil central de Marseille ; M. le docteur Raymondaud, vice-secrétaire du Conseil central de Limoges ; M. le docteur Villard, secrétaire du Conseil central de Guéret.

Médailles de bronze. — M. le docteur Cassan, membre du Conseil central d'Albi ; M. Coste, pharmacien, membre du Conseil central de Carcassonne ; M. Dhuicque, pharmacien, membre du Conseil central de Beauvais ; M. Lefebvre de La Fargue, chimiste à Chantilly, secrétaire du Conseil.

Hôtel-Dieu de Nantes. — Une plaque de marbre blanc va être placée prochainement, en souvenir de M. Merlet, externe des hôpitaux, décédé le mois dernier, victime du dévouement professionnel. En voici le texte, d'après la *Gazette médicale de Nantes* :

« A la mémoire d'Henry-Baptiste Merlet, externe des hospices, mort d'érysipèle qu'il contracta dans le service des malades, le 2 mars 1883. »

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

REVUE CRITIQUE DE MÉDECINE

LES BRUITS DE GALOP,

Par Paul Le Gendre, interne des hôpitaux.

Lorsque les pathologistes ont à baptiser un symptôme inédit, ils peuvent obéir, suivant leur tournure d'esprit, à deux tendances opposées. L'une consiste à forger de toutes pièces un mot nouveau sur l'enclume grecque ou latine, l'autre à en emprunter un à la langue courante, pour l'introduire dans le vocabulaire technique avec une signification conventionnelle.

En général, dans le premier cas, le parrain du néologisme cherche à faire entrer dans la composition de celui-ci des radicaux qui expriment l'idée qu'il a de la nature et des causes du phénomène à dénommer. Tantôt il y réussit très heureusement, et sa création viable reste acquise à la terminologie médicale. Tantôt, hélas ! la fusion d'étymologies disparates empruntées à des langues différentes aboutit à quelque échantillon bientôt défunt de tératologie philologique.

Dans la seconde alternative, le médecin, s'efforçant plutôt de décrire et de peindre le phénomène nouveau que de l'expliquer, emprunte au parler commun un mot qui fasse image. Nombre de ces expressions figurées ont eu une brillante fortune. Elles ont l'avantage d'être descriptives par leur seul énoncé, qui vaut une définition. Elles ont peut-être un inconvénient, celui de supposer réservée l'interprétation de la cause et de l'essence même du phénomène qu'elles désignent. Or, si par une évolution habituelle aux questions de la pathologie, il devient avéré que le symptôme puisse apparaître dans des états morbides distincts, on se trouve amené à désigner par le même vocable des choses un peu différentes.

Dès lors qu'on s'en rend compte, le mal n'est pas grand sans doute, et, comme le *bruit de galop* est une des bonnes expressions-images de notre vocabulaire, il ne sera peut-être pas hors de propos d'en préciser la signification séméiologique.

I

Le galop, nous dit Littré, est une allure dans laquelle le cheval est supporté successivement par un pied de derrière, un bipède diagonal et un pied de devant, Il est à trois temps dans le galop de course ; dans le galop de manège, on compte quatre temps, les battues des deux pieds du bipède diagonal étant séparées par un intervalle.

Le bruit de galop à trois temps est celui qu'ont visé les pathologistes, quand ils ont eu recours à cette expression pour désigner un phénomène acoustique fourni dans certains cas par l'auscultation de la région précordiale et qui consiste dans la succession de trois bruits pendant une révolution cardiaque, les deux premiers étant plus rapprochés l'un de l'autre.

C'est Bouillaud, croyons-nous, qui pour la première fois compara au bruit du galop la sensation auditive que fait naître dans certaines péricardites l'interposition d'un frottement des deux feuillets de la séreuse entre les deux bruits du cœur et plus près du premier, tandis que le bruit de rappel désignait les cas où le frottement précède de peu le second bruit normal. Le bruit de rappel c'est, comme onomatopée, le dactyle des anciens ; le bruit de galop, c'est l'anapeste. Telle est la *période péricardite* du bruit de galop.

A M. le professeur Potain, qui a fait faire tant de progrès à l'auscultation du cœur, revient le mérite d'avoir montré, dans un mémoire célèbre « modèle achevé d'observation et d'analyse cliniques » (Lépine (1), que, en l'absence de toute lésion du péricarde, certains troubles du cœur lui-même engendrent un rhythme particulier tout aussi comparable au bruit du galop, alors s'ouvre la *période cardiaque* de l'histoire du bruit de galop; c'est celle-là que nous essayons aujourd'hui de résumer.

Si l'on ne tenait compte que de la sensation auditive, on serait peut-être tenté de se demander s'il n'y a pas lieu d'admettre un bruit de galop cardiaque physiologique pour désigner le dédoublement physiologique du premier bruit du cœur, si bien étudié par M. Potain, en 1866 (2). Mais M. Potain a pris soin de spécifier qu'il ne fallait pas appliquer le terme, bruit de galop, au dédoublement physiologique du premier bruit pas plus qu'aux dédoublements pathologiques.

« Ces deux anomalies du rhythme cardiaque, — bruit de galop et dédoublement du premier bruit —, dit-il expressément au début de son Mémoire, constituées l'une et l'autre par la présence d'un double bruit au premier temps, toutes deux *anapestes*, si vous aimez mieux, sembleraient au premier abord devoir se confondre et n'en former qu'une seule. Mais celle que je me propose d'étudier en ce moment se présente avec des caractères spéciaux qui la rendent absolument distincte... Vous comprendrez pourquoi je désire réserver exclusivement pour elle la dénomination si expressive créée par mon vénéré maître le professeur Bouillaud. Cette dénomination s'adapte merveilleusement au bruit qu'elle désigne, et elle sera singulièrement utile en distinguant une catégorie de faits très particuliers et tout à fait dignes d'une désignation spéciale. »

Les séméiologistes d'Allemagne ont si bien compris la nécessité de ne pas confondre ces anomalies, que « Skoda distingue les bruits doubles à succession rapide qu'il appelle *gespalten* (bruits divisés), lesquels sont précisément ceux que nous appelons *dédoublés*, et les bruits doubles à succession plus lente qu'il appelle *verdoppelt* et qu'il nous faudrait désigner, pour maintenir l'opposition, par le terme de *redoublés*. Mais opposer le terme redoublé à celui de dédoublé prêterait singulièrement à confusion, et, puisque le premier est maintenant adopté parmi nous, il est infiniment préférable de nous en tenir pour l'autre à la dénomination de bruit de galop introduite par mon illustre maître. »

C'est qu'en effet les différences sont très notables entre le bruit de galop et les dédoublements du premier bruit.

Ces derniers, assez mal connus et peu fréquents d'ailleurs, ont été diversement expliqués, soit, comme on l'admet généralement, par un défaut d'isochronisme dans les contractions des deux ventricules, soit, comme le supposait Beau, par un désaccord entre celles des oreillettes. En tout cas, le premier des deux bruits qui constituent le dédoublement commence exactement avec la systole ventriculaire; — ces deux bruits sont très rapprochés l'un de l'autre et d'une tonalité semblable.

Dans le bruit de galop, au contraire, le bruit surajouté, plus sourd que le bruit physiologique de la systole, précède franchement celle-ci. Le bruit de galop présente encore ce caractère d'avoir son maximum le long du bord gauche du sternum et de s'accompagner d'une ondulation de cette région. Il subit parfois l'influence respiratoire; car, très net durant l'expiration, il cesse au moment de l'inspiration. Il se distingue si bien du dédoublement, que souvent on le perçoit chez des malades qui présentent en même temps le double bruit physiologique.

Ce bruit de galop, dont le siège est dans le cœur gauche, et que M. Potain a démontré être lié à l'hypertrophie du cœur concomitante de certaines affections rénales, doit être aujourd'hui désigné sous le nom de *bruit de galop gauche*; il a fait le sujet de l'excellente thèse d'un des élèves de M. Potain, Exchaquet, sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure (1875). Depuis cette époque, M. Potain a fait connaître (1878) l'existence d'un bruit de galop qui est en relation avec des

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 1875.
(2) *Union médicale*.

troubles gastro-hépatiques et la dilation du cœur droit. Il convient donc d'admettre aussi un *bruit de galop droit.*

II

M. Exchaquet a bien analysé, dans le travail auquel nous venons de faire allusion (1), les caractères pathognomoniques du bruit de galop gauche, le seul qui fût connu alors. On entend, dit-il, au lieu du tic tac normal un triple bruit qui présente un rhythme particulier. Les deux bruits normaux continuent à se faire entendre avec leurs caractères distinctifs et souvent sans changement appréciable dans leur intensité et dans leur timbre, mais le bruit systolique est immédiatement précédé par un bruit surajouté. La succession sans intervalle appréciable de deux bruits sourds, suivis après le petit silence par le second bruit normal plus clair, reproduit assez exactement le bruit de galop du cheval.

Toutefois le premier des deux bruits rapprochés étant surajouté, présystolique, devrait à peine être nommé un bruit; il ne présente jamais le caractère vibrant et donne à l'oreille une sensation qui se rapproche davantage de celle d'un soulèvement, d'un choc que de l'effet produit par une vibration sonore. L'auscultation avec un instrument non résistant, tel que le stéthoscope à double conduit élastique, atténue considérablement et peut même faire disparaître le bruit surajouté. Il semble donc que la perception en soit facilitée par l'association du tact et de l'ouïe. C'est un *bruit-choc* qui, par sa réunion aux phénomènes stéthoscopiques normaux, constitue le bruit de galop, comme le précise justement dans une étude récente (2) M. Barié, ancien chef de clinique de M. Potain.

Le bruit-choc présystolique présente ce caractère de ne se propager ordinairement pas aussi loin que les deux bruits normaux dus au claquement valvulaire; à l'extrémité inférieure et sur tout le bord droit du sternum, ainsi que dans l'aisselle, on entend uniquement les deux bruits normaux.

Le triple bruit, image auditive, si l'on peut parler ainsi, du galop, n'est donc perçu que dans un espace restreint, limité par le bord gauche du sternum, le deuxième espace intercostal et la pointe du cœur. C'est en dedans du mamelon et un peu plus haut qu'il est perceptible avec la plus grande netteté; son foyer d'auscultation est donc voisin du foyer des bruits mitraux, mais un peu plus élevé, présomption en faveur de l'explication pathogénique émise par M. Potain, qui met en cause la contraction de l'oreillette dans la production du bruit-choc présystolique.

Dans l'espace restreint où se trouve le foyer du triple bruit, l'inspection et la palpation permettent souvent de constater des ondulations légères qui occupent l'étendue de deux ou trois espaces, précèdent le choc de la pointe et se terminent avec lui. Ces ondulations diffèrent de l'ébranlement communiqué à la paroi par l'hypertrophie cardiaque, ébranlement qui est plus violent, brusque et coïncide exactement avec le choc de la pointe.

La plus notable explication du bruit de galop qui ait été proposée en dehors de celle de M. Potain est l'hypothèse d'un dédoublement du premier bruit normal par défaut de synchronisme des claquements mitral et tricuspidien, le claquement mitral arrivant en retard par suite d'une différence de tension entre la grande et la petite circulation. Fr. Sibson en est le défenseur (3).

Les objections que soulève cette théorie sont les suivantes : S'il y avait un excès de tension dans le système aortique, l'occlusion des sigmoïdes aortiques étant accélérée, ce n'est pas le premier bruit qui devrait être dédoublé, mais le second, — comme cela arrive si fréquemment dans le rétrécissement mitral.

Il est d'ailleurs impossible d'assigner à chacun des deux bruits qui constituent les deux premiers temps du galop, un foyer maximum distinct.

(1) *D'un phénomène stéthoscopique propre à certaines hypertrophies cardiaques simples.* Thèse de Paris, 1875.

(2) *Revue de médecine*, 1883, n°s 1 et 2. *Recherches cliniques sur les accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépatiques.*

(3) *Influence of Bright's disease on the heart and the arteries.* (Lancet, 1874.)

De plus, il faudrait, dans l'hypothèse de Sibson, attribuer à la valvule tricuspide le premier bruit sourd; or, l'observation et le raisonnement s'accordent pour lui reconnaître un timbre plus clair et une tonalité plus élevée qu'à la mitrale.

Dans les formes atténuées du bruit de galop, on ne constate pas, comme dans les dédoublements qui tendent à disparaître, que les deux bruits se rapprochent progressivement l'un de l'autre sans diminuer d'intensité; on entend, au contraire, le premier bruit s'affaiblir de jour en jour sur place, sans que le deuxième soit modifié.

Enfin, ajoute M. Potain, il existe des cas dans lesquels une oreille suffisamment exercée perçoit, en même temps qu'un bruit de galop bien distinct et constant, le dédoublement normal du premier bruit à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration.

Ce luxe d'objections difficilement réfutables permet donc d'écarter l'idée d'un dédoublement, et dès lors, comme il faut chercher la cause du bruit-choc présystolique parmi les actes de la révolution cardiaque correspondant au grand silence, on ne se trouve plus en présence que de la diastole des ventricules et de la systole des oreillettes, qui à l'état normal ne donnent lieu à aucun phénomène acoustique ni tactile.

Or, les recherches de M. Potain ont établi, dit M. Barié (1), que le mécanisme qu'on doit invoquer est le suivant : « A l'état physiologique, quand le ventricule vient de se vider et que le cœur entre en diastole, la vis à tergo et les mouvements respiratoires précipitent dans la cavité ventriculaire le sang veineux accumulé en amont pendant la systole précédente; il en résulte que, lorsque l'oreillette va se contracter, la réplétion du ventricule sera complète. Mais, sous l'influence de certaines conditions pathologiques, lorsque la tension artérielle est exagérée et la tension veineuse affaiblie, le ventricule ne reçoit pendant la diastole qu'une faible quantité de liquide; aussi, lorsque l'oreillette en se contractant va projeter son ondée sanguine, le ventricule à demi vide éprouvera un brusque changement de tension qui se manifestera par un léger soulèvement frappant la paroi thoracique un peu avant le choc systolique de la pointe. »

Le bruit surajouté, tout en correspondant constamment à la phase diastolique, peut apparaître à différentes périodes de cette phase, suivant la durée de celle-ci, qui dépend elle-même de la fréquence plus ou moins grande des mouvements du cœur. Les mouvements du cœur sont-ils fréquents et par suite la diastole courte, le bruit surajouté occupe la période immédiatement présystolique, la présystole; car l'irruption du sang projeté par l'oreillette dans la cavité ventriculaire qui n'a pas encore eu le temps de se remplir, en modifie brusquement la tension et engendre un bruit-choc isochrone à la systole auriculaire.

Le bruit surajouté peut apparaître au contraire dans la première partie de la phase diastolique, quand celle-ci est longue, et, sous certaines influences, l'abord brusque d'une colonne sanguine oscillant dans la cavité ventriculaire produit un bruit de rappel diastolique, phénomène comparable au dicrotisme artériel et qu'on a nommé dicrotisme diastolique.

L'explication de M. Potain (distension brusque des parois ventriculaires par l'ondée sanguine venant de l'oreillette), si valable dans les cas où le bruit surajouté est présystolique, est-elle aussi applicable à ceux dans lesquels ce bruit apparaît à une période plus précoce de la phase diastolique? M. François-Franch ne la pas cru (2).

Mais M. Lépine pense que ces cas sont aussi justiciables de la théorie de M. Potain, et que l'apparition plus précoce du bruit surajouté dans la phase diastolique tient à un écartement des systoles auriculaire et ventriculaire, vérifié par lui plusieurs fois à l'aide de tracés graphiques. Cet écartement tiendrait, non pas à ce que la systole

(1) *Loco citato.*
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1880, p. 351.

auriculaire anticipe, mais à ce que celle du ventricule retarde lorsque ses parois sont fatiguées et son énergie défaillante (1).

Quelle valeur séméiologique peut-on reconnaître au bruit de galop gauche? — M. Potain a péremptoirement démontré qu'il coïncide avec une hypertrophie simple du cœur, et que cette hypertrophie est sous la dépendance habituelle de la néphrite interstitielle ou scléreuse. L'agent principal de sa production est alors un excès de tension dans le système artériel et une tension insuffisante dans le système veineux.

On conçoit d'ailleurs que le bruit de galop gauche puisse se produire quand, par d'autres causes, les mêmes conditions sont réalisées. Ainsi M. Ad. d'Espine a fait naître un bruit de galop expérimental, en produisant des embolies rénales par iujection de graines de tabac, chez des chiens. Schiff l'a obtenu passagèrement par la section brusque du pneumogastrique gauche chez un chien dont le pneumogastrique droit avait été antérieurement élongé et les filets pulmonaires coupés.

D'après d'Espine, qui s'appuie sur les tracés cardiographiques, le redoublement du premier bruit est dû à un double claquement des valvules auriculo-ventriculaires, de la mitrale pour le galop gauche, sous l'influence d'une systole en plusieurs temps.

Les variations dans la netteté et l'intensité du bruit de galop permettent de suivre les phases de la lutte entre la puissance contractile du ventricule et les résistances périphériques. Il est des cas aigus où un cœur non hypertrophié doit lutter contre un obstacle subit, le plus souvent passager, comme dans la néphrite scarlatineuse, et certaines formes de néphrite mixte diffuse des femmes en couches : « il soutient le choc, mais en boitant, c'est-à-dire, en s'y reprenant à deux fois pour triompher de la tension aortique exagérée : d'où galop manifeste. » On a vu encore apparaître un bruit de galop passager pendant la période expulsive de l'accouchement.

Dans les cas chroniques de néphrite interstitielle, le bruit de galop est toujours un signe d'affaiblissement du cœur, d'après d'Espine, qu'il se produise au début avant l'hypertrophie compensatrice, ou à la fin quand il y a rupture de la compensation; mais c'est un signe indirect d'asthénie cardiaque, puisqu'il suppose toujours une résistance exagérée (haute tension artérielle).

A suivre.

(1) *Revue de médecine*, 1882.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

SUR LE

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1)

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ),

Par le docteur G. Richelot père,
Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

Observation IX. — Tempérament lymphatique exagéré. Relâchement considérable de la paroi abdominale antérieure après trois accouchements. Pesanteur douloureuse dans le bassin. Augmentation du volume de la matrice. Engorgement énorme du col utérin. Inutilité des cautérisations avec la pierre infernale et des douches vaginales avec l'eau minéro-thermale du Mont-Dore. Guérison parfaite par les cautérisations avec le caustique Filhos.

Madame I..., de Paris, m'a été adressée, en 1865, au Mont-Dore, pour une bronchite grave, qui se renouvelait péniblement chaque hiver depuis plusieurs années. Bien que le bruit respiratoire parût un peu faible dans les deux sommets, surtout à droite, on ne constatait, ni par

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 mai.

l'auscultation, ni par la percussion, aucun indice certain de tuberculose. La cure thermale a été suivie d'une amélioration complète dans l'état des bronches l'hiver suivant.

Pendant son séjour au Mont-Dore, la malade me fit part de certaines souffrances qu'elle éprouvait du côté du système utérin, et qui avaient motivé, de la part de son médecin, des cautérisations avec la pierre infernale, du reste sans effet appréciable.

Examen, le 4 juillet 1865 : La malade est âgée d'environ 35 ans. Taille au-dessus de la moyenne; peau blanche; cheveux châtain clair; tempérament lymphatique très prononcé. Elle a eu trois enfants; le dernier est âgé d'un an; les couches, à ce qu'il paraît, n'ont rien offert qui mérite d'être noté. La paroi abdominale antérieure est très relâchée, gêne la malade par son poids, et a besoin d'être soutenue.

Les symptômes accusés par la malade sont principalement des douleurs perçues dans la région lombaire, une pesanteur douloureuse dans le bassin, des irradiations douloureuses le long des cuisses, une grande difficulté pour marcher un peu longuement : la marche produisant ou aggravant les souffrances, l'impossibilité absolue de rester debout immobile, un certain état dyspeptique, et la diminution marquée des forces générales.

Au toucher, la matrice ne paraît déviée ni en avant, ni en arrière, ni latéralement. Le col cependant est porté un peu en avant. A la face postérieure de la matrice, entre le col et le fond, on perçoit une légère excavation transversale, comme s'il y avait un commencement de rétroflexion. Cependant le fond de l'organe n'est pas porté notablement en arrière. Ce commencement de flexion semble dénoter un certain degré de mollesse du tissu utérin, en harmonie avec l'état général des chairs, et une augmentation de volume du corps de la matrice. Le museau de tanche est notablement abaissé; mais cet abaissement n'est pas dû à un abaissement de tout l'organe; il est l'effet d'un engorgement et d'un développement considérables du col, qui représente la forme d'un cône à base inférieure. Les deux lèvres forment chacune un bourrelet transversal demi-circulaire, de peu de consistance, quoique non précisément ramolli. Le col est ouvert; on y loge largement l'extrémité de l'indicateur. Ni le museau de tanche, ni le corps de l'utérus ne sont douloureux sous la pression du doigt.

Au spéculum, le col ainsi ouvert forme un vaste entonnoir, dont le fond, presque jusqu'au pourtour, est semé d'abondantes granulations très rouges, facilement saignantes, et son volume est tel qu'il faut écarter considérablement les deux valves du spéculum pour l'embrasser.

Pendant sa cure thermale, Madame I... fut soumise aux douches vaginales dans la baignoire avec l'eau minérale à environ 38° C. Ces douches données avec de grandes précautions, furent bien supportées. A la suite de son séjour au Mont-Dore, il y eut un peu d'amélioration dans l'état local; mais il y a lieu d'attribuer cette amélioration à l'amélioration très manifeste produite dans la santé générale. En effet, les souffrances utérines ne tardèrent pas à se reproduire, et l'été suivant, en juillet 1866, à un second voyage au Mont-Dore, l'état local, quoique un peu amendé, était en définitive à peu de chose près le même qu'une année auparavant. Les douches furent alors reprises et eurent les mêmes effets insuffisants, comme on devait s'y attendre.

Dix-huit mois plus tard, au commencement de l'année 1868, la malade se décida à suivre un traitement régulier. Rien n'était changé dans l'état des organes génitaux, bien que, par une bonne direction, la santé générale se fut maintenue dans des conditions assez favorables, à cela près de quelques accidents gastriques, d'un peu d'amaigrissement, et d'un certain degré d'affaiblissement. Dans une consultation avec son médecin, il fut décidé que le traitement local se composerait des cautérisations avec le caustique Filhos, et que l'on associerait à ce traitement local les moyens propres à rétablir les fonctions digestives et à reconstituer les forces.

La première cautérisation est pratiquée le 11 janvier 1868. Le caustique Filhos est appliqué en plein au fond de l'entonnoir formé par le col engorgé, et maintenu en place au moins deux minutes. Il en résulte une eschare assez étendue et assez profonde. Cette cautérisation est suivie pendant quelques jours d'une augmentation de la pesanteur douloureuse perçue dans le bassin, d'une difficulté plus grande pour marcher, et donne lieu à un écoulement sanieux et légèrement sanguinolent.

Six autres cautérisations semblables sont pratiquées du 11 janvier au 29 avril, en tout sept, donnant lieu chaque fois aux mêmes douleurs locales et au même écoulement. La diminution de volume, et, si l'on peut ainsi parler, la *fonte* de l'organe engorgé s'opèrent graduellement et d'une manière remarquable. Le retrait du museau de tanche de bas en haut se fait dans la proportion du dégorgement. Mais, après chaque opération, la malade est obligée de garder le repos pendant plusieurs jours.

Après la septième cautérisation, la malade part pour la campagne. Là, dans le repos, les souffrances utérines ont diminué d'abord, et se sont dissipées presque complètement, à part

quelques maux de reins qui persistent. Mais ce qui est surtout établi ultérieurement comme résultat définitif du traitement, c'est que la marche et la station debout deviennent peu à peu aussi facile à Madame I... qu'aux autres femmes bien portantes.

Dans l'été de 1869, Madame I... est revenue une troisième fois au Mont-Dore, mais seulement au point de vue de ses bronches. Elle y a fait avec succès une cure thermale avec douches vaginales dans la baignoire. A cette époque, une exploration des organes génitaux fut jugée inutile. Mais plus tard, en novembre 1869, Madame I..., devant faire un voyage long et fatiguant, et rester longtemps absente de Paris, voulut, par précaution, quoique sa santé fût restée bonne, un examen local. A part un peu de rougeur à l'entrée du canal cervico-utérin, un léger suintement muqueux par cet origine, et un léger excès de volume du museau de tanche, le col offrait un état normal. Non seulement on ne trouvait aucune trace de l'engorgement et de l'érosion granuleuse, mais encore la forme d'entonnoir renversé avait disparu, et le museau de tanche et son orifice étaient arrondis à peu près comme ceux d'une femme nullipare.

Remarques. — Dans ce cas, les renseignements étiologiques font complètement défaut; mais, dans les termes de l'observation, il est facile d'y suppléer. En tout cas, la lésion anatomique était des plus caractérisées, et se révélait aussi bien par les symptômes fonctionnels que par l'examen direct. C'était une chose curieuse que le développement relativement immense du museau de tanche en forme d'entonnoir renversé. On peut considérer ce mode de déformation comme l'indice d'une très faible résistance du tissu de l'organe.

Le médecin de la malade avait eu recours aux cautérisations avec la pierre infernale. Elles n'avaient eu aucun effet utile. Quant aux douches vaginales avec l'eau du Mont-Dore, elles n'avaient été prescrites que par occasion et sans aucune prétention à un résultat curatif.

Dans ce cas, les premières cautérisations avec le caustique Filhos ont été suivies d'une aggravation des symptômes, en d'autres termes, d'une exacerbation de la maladie. Cet effet est très commun, et il est facile à comprendre. En effet, l'application du caustique exerce une action inflammatoire, ou au moins excitante, momentanée, sur les parties malades ; elle doit donc rendre plus saillants les signes de la maladie. Bientôt, comme on l'a vu dans les observations précédentes, la destruction des tissus altérés a fait cesser les symptômes qui en étaient le retentissement sympathique.

Toutes les cautérisations ont donné lieu à un écoulement sanieux et un peu sanguinolent ; et il était intéressant de suivre la diminution graduelle du volume de la matrice, et d'observer le retrait du museau de tanche de bas en haut, coïncidant avec cet écoulement.

Quel est le résultat définitif? Tous les symptômes disparaissent graduellement, la santé générale se rétablit, le col utérin se refait, c'est le mot ; et, au dernier examen, le museau de tanche et son orifice ont repris, j'ai encore à le répéter ici, l'aspect des mêmes parties chez une femme qui n'a point eu d'enfants.

A suivre.

RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 24 mars 1883,

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

Octobre, Novembre et Décembre.

Le troisième trimestre de l'année 1882 a présenté quelques conditions atmosphériques dignes d'être signalées :

La *température* se maintint élevée et fut, en moyenne, de 8°,3, dépassant de plus d'un degré et demi la normale qui est de 6°,7 ; la moyenne des minima n'est pas descendue, au mois de décembre, au-dessous de 2°,5.

La *hauteur des pluies* s'est élevée à 240 millimètres alors que la moyenne des

dix années précédentes ne dépasse pas 156 millimètres; dans le seul mois de décembre, il n'est pas tombé moins de 113 millimètres d'eau.

La *pression barométrique* est restée peu considérable; elle fut de 752mm,3 en octobre; de 750mm,3 en novembre; de 749mm,5 en décembre, alors que la moyenne normale est de 755 millimètres.

La *tension électrique*, faible, fut en moyenne de + 52; l'an dernier elle avait été de 64.

TABLEAU indiquant les principaux caractères de l'état atmosphérique, à Paris, pendant le quatrième trimestre de 1882 (1).

	VENTS		
	Équatoriaux SSE à NO	Polaires NNO à EE	Très variables
Vents prédominants. — Octobre.......	18 j.	12 j.	1 j.
— Novembre.....	26 j.	4 j.	0 j.
— Décembre.....	18 j.	7 j.	6 j.

1882 — MOIS	TEMPÉRATURE (à l'ombre). Moyenne des maxima.	Moyenne des minima.	Moyenne	Écart de la moyenne normale.	BAROMÉTRIE — PRESSION moyenne à midi. Normale : 755mm00	HYGROMÉTRIE Humidité atmosphér. — Moyenne de 9, 12, 3.	Hauteur des PLUIES.	ÉLECTROMÉTRIE — TENSION moyenne (Élém. Dell) Moyenne du jour naturel.
					MM.		MM.	
Octobre......	15,3	8,1	11,7	+1,0	752,3	86	55	± 35
Novembre	11,4	5,4	8,3	+1,6	750,3	81	113	± 56
Décembre.....	7,6	2,5	4,9	+2,1	749,5	90	72	± 65
Moyennes.....	11,4	5,3	8,3	+1,6	750,7	86	240	± 52

(1) D'après les documents recueillis à l'observatoire de Montsouris, sous la direction de M. MARIÉ-DAVY.

La *mortalité générale* dans les hôpitaux semble, à première vue, indiquer un trimestre particulièrement malsain; elle a été, en effet, de 4,247 et dépasse sensiblement la mortalité moyenne des dix dernières années qui est de 3,146; mais l'élévation du chiffre de la mortalité perd beaucoup de son importance, si l'on fait attention à ce fait que par l'ouverture d'un nombre considérable de services provisoires, l'administration de l'Assistance publique est arrivée à augmenter dans des proportions notables le chiffre de sa population; le nombre des malades, recueillis dans les hôpitaux et hospices, oscillait en 1879 entre 16,000 et 17,000

MORTALITÉ GÉNÉRALE DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS.	DÉCÈS PAR MOIS Octobre	Novembre	Décembre	TOTAUX trimestriels.	Mortalité moye ne du trimestre corresponda nt des deux dernièresn années.	ÉCART.
Quatrième trimestre 1881 :						
Hôpitaux.	1112	1055	1104	3271	2612	+ 659
Hospices.	173	154	186	513	463	+ 50
Totaux. . . .	1285	1209	1290	3784	3075	+ 709
Quatrième trimestre 1882 :						
Hôpitaux.	1264	1081	1205	3550	2678	872
Hospices.	226	214	257	697	468	229
Totaux. . . .	1490	1295	1462	4247	3146	1101

par mois; il a été, pendant le dernier trimestre de 20 à 21,000; ces chiffres montrent combien la clientèle hospitalière a augmenté et combien on pourrait, sans crainte de dépasser les besoins actuels de la population parisienne, transformer quelques-uns des services provisoires en services définitifs.

I. — Affections des voies respiratoires.

La pneumonie et la pleurésie semblent avoir été moins fréquentes et moins graves que pendant le dernier trimestre de 1881; les bronchites et la phthisie pulmonaire figurent au contraire pour un chiffre sensiblement plus élevé dans le mouvement et dans la mortalité des hôpitaux.

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES dans les Hôpitaux et Hospices civils de Paris.	QUATRIÈME TRIMESTRE DE 1881-1882								
	Octobre		Novembre		Décembre		Totaux		
	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Mouv	Décès	P. p 100.
Quatrième trimestre 1881 :									
Phthisie pulmonaire	568	325	506	285	524	274	1598	884	»
Pneumonies	168	65	184	50	194	77	546	192	35
Bronchites	351	6	273	23	460	17	1084	46	4
Pleurésies	106	22	108	19	153	23	364	64	18
Quatrième trimestre 1882 :									
Phthisie pulmonaire	641	297	586	291	647	320	1874	908	48
Pneumonies	128	46	145	51	198	51	471	148	31
Bronchites	315	38	285	27	395	30	995	95	95
Pleurésies	113	12	108	22	136	15	357	49	13

Hôpital Beaujon, service de M. Millard. — *Pneumonies* : 9 cas; 2 décès. 3 fois la pneumonie a occupé le sommet droit, 2 fois le sommet gauche.

Les 2 décès s'expliquent par les particularités suivantes : Une femme, âgée de 52 ans, était atteinte depuis plusieurs années d'une pyélo-néphrite calculeuse et présentait dans le flanc droit une tumeur très nette dépendant du rein droit, lorsqu'elle fut prise, le 1er octobre, d'une pneumonie du sommet droit avec accidents adynamiques et succomba le vingt-cinquième jour. L'autopsie nous fit constater, outre l'hépatisation du lobe supérieur droit, une hydronéphrose gauche et la pyélo-néphrite calculeuse droite diagnostiquée pendant la vie.

Le deuxième décès doit être également rapporté à une pneumonie du sommet, mais à gauche, chez un infirmier de l'hôpital Beaujon, notoirement habitué aux excès alcooliques, et qui succomba le sixième jour avec des accidents de collapsus ayant succédé à un délire des plus violents. L'autopsie fit reconnaître, outre l'hépatisatiou grise du sommet gauche, une hypertrophie avec commencement d'altération cirrhotique du foie.

Bronchio-pneumonie : 1 cas, chez un homme qui a été apporté mourant à l'hôpital, et chez qui, outre une bronchio-pneumonie droite, nous avions constaté de l'ictère, de l'albuminurie et qui a présenté à l'autopsie des reins petits, granuleux, indices d'une affection brightique ancienne.

II. — Diphthérie.

Le mouvement des malades atteints de diphthérie a présenté, dans les hôpitaux, des proportions peu différentes de celles qu'il avait atteintes en 1881. 303 admissions au lieu de 308; la mortalité a cependant été sensiblement moindre, 188 décès au lieu de 227. En ville, le nombre des victimes de cette affection a été beaucoup moins considérable que l'an dernier, 432 décès au lieu de 605.

Diphthérie dans les hôpitaux de Paris — CROUP ET DIPHTHÉRIE — Mouvement. — Décès. — Proport. cent.	Octobre		Novembre		Décembre		TOTAUX TRIMESTRIELS		
	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Prop. p. 100
Quatrième trimestre 1881 :									
Diphthérie	38	18	28	18	39	31	105	67	63
Croup	66	47	66	56	71	57	203	160	78
Totaux	104	65	94	74	110	88	308	227	71
Quatrième trimestre 1882 :									
Diphthérie	47	28	48	16	41	25	136	69	50
Croup	53	34	51	39	63	46	167	119	71
Totaux	100	62	99	55	104	71	303	188	60

III. — FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Les fièvres éruptives ont présenté, la scarlatine principalement, une fréquence, une gravité moindres que pendant le dernier trimestre de l'an dernier; en ville, la variole a occasionné 104 décès au lieu de 119; la scarlatine, 14 au lieu de 47. Dans les hôpitaux, on compte pour la variole 220 entrées au lieu de 278, 43 décès au lieu de 51; pour la scarlatine, 60 cas au lieu de 173, 3 décès au lieu de 9; pour la rougeole, 80 cas au lieu de 167, 17 décès au lieu de 29. Le nombre des érysipèles, bien qu'ayant subi un certain degré d'abaissement, s'est maintenu dans des chiffres relativement élevés, 268 cas au lieu de 323, 30 décès au lieu de 39.

Statistique des hôpitaux.

HOPITAUX CIVILS DE PARIS — Morbidité et Mortalité comparées des fièvres éruptives.	Variole.					Rougeole.					Scarlatine.					Érysipèle.				
	Mois.		Trimestre.			Mois.		Trimestre.			Mois.		Trimestre.			Mois.		Trimestre.		
	M.	D.	M.	D.	P. 0/0	M.	D.	M.	D.	P. 0/0	M.	D.	M.	D.	P. 0/0	M.	D.	M.	D.	P. 0/0
Quatrième trimestre 1881 :																				
Octobre	92	16				47	9				60	1				121	22			
Novembre	96	13	278	51	18	62	12	167	29	16	59	6	173	9	5	102	8	323	39	12
Décembre	90	22				58	7				54	2				100	9			
Quatrième trimestre 1882 :																				
Octobre	71	10				25	3				25	2				77	6			
Novembre	69	18	220	43	19	21	5	80	17	21	10	0	60	3	5	89	10	268	30	11
Décembre	80	15				34	9				25	1				102	14			

HÔPITAL BEAUJON, service du docteur Millard. — *Scarlatine* : 2 cas. Primitive chez un jeune homme de 26 ans et caractérisée par une éruption des plus intenses, une miliaire abondante et une desquamation rapide ; elle n'a présenté d'autre complication qu'une albuminurie légère et de courte durée. Chez l'autre malade, jeune homme de 16 ans, elle a été secondaire et contractée dans la salle pendant la convalescence d'une pneumonie du sommet. Elle a été précédée de rétention d'urine, d'incontinence et de néphorrhagie, vingt-quatre heures avant l'éruption. Une albuminurie légère et passagère a été observée également pendant la desquamation, qui a été fort longue.

Erysipèle de la face : 6 cas. 4 hommes, qui ont tous bien guéri, quoique l'un d'eux ait eu un délire alcoolique très violent et très persistant. 2 femmes, dont une a succombé et n'a passé que deux jours dans nos salles. Elle était malade depuis trois semaines, en proie à un délire et à des accidents ataxo-adynamiques des plus intenses.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES, M. Labric. — *Scarlatine* : 7 ; 1 hémorrhagique.

IV. — FIÈVRE TYPHOÏDE

La fièvre typhoïde, après avoir présenté son maximum d'intensité au mois d'octobre (883 décès en ville, 2,068 entrées et 365 décès dans les hôpitaux), a subi

une rémission marquée pendant les mois de novembre et décembre (en ville, 386 et 308 décès; dans les hôpitaux, 1863 et 1123 cas, 151 et 127 décès). Cette diminution de l'intensité de l'épidémie typhoïdique était prévue; elle rentre dans les lois de l'évolution saisonnière si nettement mise en relief par notre savant prédécesseur, M. Besnier ; mais il est impossible de savoir jusqu'à quel point la décroissance continuera à s'accentuer et quand nous reviendrons au chiffre beaucoup inférieur des précédentes années.

La fièvre typhoïde a conservé la bénignité relative qu'elle avait présenté pendant le troisième trimestre de l'année; la mortalité moyenne des hôpitaux a été de 13 p. 100. Le fait le plus remarquable a été la fréquence des hémorrhagies intestinales pendant les mois d'octobre et novembre; celles-ci, en général bénignes, ont cependant entraîné la mort dans un certain nombre de cas. Les perforations intestinales ont été aussi fréquemment observées à la même époque. Sur 109 malades qu'il eut à soigner, M. Millard a vu douze fois l'hémorrhagie intestinale se produire; M. du Cazal signale aussi la fréquence de l'accident. M Moizard, sur 120 typhoïdiques traitées, a observé 5 cas de perforation intestinale. Il semble donc y avoir eu, pendant le troisième trimestre de 1882, complication fréquente du côté de l'ulcération des plaques de Peyer.

Fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris — Morbidité et mortalité, âge, sexe.	MOUVEMENT				DÉCÈS				TOTAUX				
									Mensuels		Trimestriels		
	H.	F.	G.	F.	H.	F.	G.	F.	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Prop. p. 100
Année 1881, 4e trim.													
Octobre	201	97	18	20	46	25	1	4	336	76			
Novembre	206	116	20	27	54	23	1	4	369	82	988	212	21
Décembre	158	95	24	6	26	24	3	1	283	54			
Totaux	565	308	62	53	126	72	5	9	988	212			
Année 1882, 4e trim.													
Octobre	1088	737	131	122	239	102	13	11	2068	365			
Novembre	1084	571	112	96	110	66	5	10	1863	191	5054	683	13
Décembre	626	371	64	62	67	49	5	6	1123	127			
Totaux	2798	1679	307	280	416	217	23	27	5054	683			

(*La suite dans un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

De l'hystérie gastrique, par M. le docteur Deniau. Paris, 1883.

Le mémoire de M. Deniau est le bienvenu dans la littérature médicale. Il complète heureusement une lacune dans le groupe des nombreux écrits relatifs à l'hystérie. C'est que les manifestations de l'hystérie viscérale sont peu ou mal connues, et que M. Deniau a été certainement bien inspiré par ses maîtres MM. Dujardin-Beaumetz et Henri Huchard, en choisissant l'hystérie gastrique pour sujet de sa thèse inaugurale. Un légitime succès est donc assuré à ce mémoire, dont les qualités cliniques seront appréciées de tous les médecins.

On néglige parfois, dans le diagnostic des troubles fonctionnels et même organiques des viscères, de tenir compte de telles manifestations toujours singulières et quelquefois redoutables de la grande névrose. Si elle a mérité le nom de protéiforme, c'est bien dans les accidents et les incidents variés de l'hystérie gastrique. Dans ce cadre nettement limité, que M. Deniau s'est efforcé de remplir, on trouve quatre formes morbides bien définies : l'*anorexie*, les *vomissements*, la *gastralgie* et le *tympanisme gastro-intestinal*.

Voici, par exemple, l'anorexie. Avec M. Henri Huchard, l'auteur la subdivise en anorexie *mentale* et anorexie *gastrique*, et chacune de celles-ci possède un signalement dont il n'est pas besoin de démontrer l'importance relativement au diagnostic, au pronostic et au traitement.

De même les vomissements hystériques ont une pathogénie, qui est loin d'être toujours en

accord avec les faits. M. Deniau les divise avec quelque raison, croyons-nous, en vomissements par inhibition de la fonction rénale, par spasme ou par paralysie de l'estomac, par hyperesthésie, par pneumo-gastralgie (H. Huchard) et par troubles sécrétoires.

Cette classification en harmonie avec les faits cliniques est, au point de vue pratique, la plus logique et la plus conforme aux besoins de la clinique. En est-il de même en physiologie, et surtout relativement aux vomissements par inhibition? Il serait peut-être bon de définir ce mot et de dire s'il signifie simplement un arrêt c'est-à-dire une suspension de fonction ou bien un acte inhibitoire, c'est-à-dire la manifestation d'une puissance spéciale du système nerveux, comme l'admet M. Brown-Séquard?

Est-il besoin d'insister sur l'importance clinique de la *gastralgie*, des *gastrodynies bénignes* ou *graves* d'origine hystérique? Non assurément, car on sait qui parfois elles ont pu simuler des affections organiques de l'estomac ou les troubles fonctionnels de maladies graves. Il en est de même de la *tympanite gastro-intestinale, passagère* ou *permanente*, qui par sa persistance a fait croire aux *tumeurs fontômes*, aux *pseudo-péritonites* et aux *pseudo-affections intestinales*.

Ce mémoire fait honneur à M. Deniau et à ses maîtres; il prendra place dans la bibliothèque de tous ceux qui font de la médecine pratique. De plus il sera consulté utilement par les écrivains, qui à l'avenir complèteront l'étude encore à peine ébauchée de l'hystérie viscérale. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mai 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Suite de la discussion relative à l'influence du traumatisme sur les états morbides antérieurs ou propathies. — Ablation de l'astragale pour une ostéite tuberculeuse non suppurée, guérison. — Présentation.

M. Verneuil continuant son argumentation, arrive à l'influence du traumatisme sur les maladies du foie. Il rappelle qu'il a montré jadis que le traumatisme pouvait, en dehors de la pyohémie, réagir sur le foie antérieurement malade et provoquer une attaque nouvelle soit d'ictère, soit de colique hépatique. Deux de ses meilleurs élèves, dans leurs thèses de doctorat, M. Longuet en 1877 et M. Gauchas en 1882, ont prouvé par des faits concluants que les blessures accidentelles ou chirurgicales pouvaient accélérer la marche des maladies hépatiques et en précipiter la terminaison funeste.

Passant ensuite à l'influence du traumatisme sur les affections rénales, M. Verneuil déclare que l'aggravation de ces affections par le traumatisme est des mieux démontrées. Elle entraîne fréquemment la mort; elle est parfaitement reconnaissable à l'apparition de ces symptômes graves qui surgissent dans les phases ultimes des lésions du rein : fièvre, adynamie, vomissements, sécheresse de la langue, oligurie ou anurie, troubles cérébraux, urémie sous toutes ses formes, etc.

C'est par le rein sénile que périssent bon nombre de vieillards à la suite de fracture du fémur. C'est par le rein que meurent certaines femmes après l'opération de la fistule vésico-vaginale, quand l'uretère est rétréci à son embouchure inférieure.

C'est par le rein que succombent d'autres femmes qui n'ont subi que de légères opérations sur le col utérin, mais chez lesquelles les uretères sont dilatés par suite de leur rapport avec le cancer du col.

C'est le rein atteint de la néphrite dite chirurgicale qui entraîne la mort après un grand nombre de tailles, de lithotrities, d'uréthrotomies et même de simples cathétérismes suivis de la fameuse fièvre uréthrale.

M. Ollier (de Lyon) a perdu en quarante-huit heures un malade opéré de résection du genou. A l'autopsie, on trouva toutes les lésions du *gros rein blanc*.

Une jeune fille de 16 ans, opérée d'un *genu valgum* d'origine rachitique, par M. le professeur Thiersch (de Leipsig), a succombé dans la cinquième semaine après l'opération à des accidents de diarrhée et d'urémie aiguë; on trouva les deux reins rétractés au plus haut degré.

M. Bruchet a rassemblé un bon nombre de faits de ce genre; M. le docteur Houzel, de Boulogne-sur-Mer, a communiqué à M. Verneuil le fait d'un malade atteint de hernie étranglée qui mourut de coma au huitième jour de l'opération, par aggravation d'une néphrite antérieure, la plaie de l'opération étant d'ailleurs guérie.

Après cette énumération, M. Verneuil se croit autorisé à maintenir cette proposition très générale, ce qui ne veut pas dire absolue, que le traumatisme peut aggraver toutes les propathies, et qu'il le fait dans des proportions encore inconnues, mais assez grandes pour attirer sérieusement l'attention.

Maintenant, si on demande pourquoi, de deux diathésiques semblables, vulnérés à peu près identiquement, l'un reçoit au point faible le contre-coup du traumatisme, tandis que l'autre reste à l'état de blessé simple; — pourquoi, chez le même individu opéré deux fois, le premier trauma reste sans écho, tandis que le second stimule la diathèse; — pourquoi, toutes choses paraissant égales d'ailleurs, la réaction du trauma sur la propathie est tantôt immédiate ou du moins prochaine, tantôt plus ou moins tardive, au contraire; — pourquoi, en cas de propathies multiples, celle-ci plutôt que celle-là est aggravée, si l'on demande le pourquoi de toutes ces différences, M. Verneuil répond franchement qu'il n'en sait absolument rien.

Si l'on peut soupçonner la manière dont s'effectue le réveil de certains états morbides latents, si l'on explique à l'aide d'une hypothèse acceptable le rappel de la goutte et du rhumatisme, si l'on comprend à la rigueur pourquoi une contusion du scrotum provoque chez un phthisique une tuberculose testiculaire, si l'on peut même donner deux explications de la méningite tuberculeuse postopératoire, M. Verneuil reconnaît humblement son impuissance quand il s'agit d'expliquer comment une fracture simple du péroné rallume, au bout de quelques heures, une fièvre palustre éteinte depuis dix ans, — comment une opération aseptique et apyrétique double ou triple rapidement la proportion d'albumine ou de sucre renfermée dans l'urine; — comment, surtout, l'addition d'un trauma sans gravité à une propathie sérieuse, mais encore compatible avec l'exercice régulier des fonctions, peut entraîner la mort en un petit nombre de jours et même d'heures. Mais comme ces problèmes ardus ne se résoudraient pas tout seuls, il faut les aborder hardiment et méthodiquement.

Revenant sur les faits que M. Trélat a traités un peu sévèrement et dans lesquels il se refuse à voir l'aggravation de la maladie antérieure, M. Verneuil s'efforce de démontrer à nouveau le mécanisme de la mort chez les trois blessés affectés de diabète, de dyspepsie et de cirrhose, dont il a donné l'observation; dans une discussion serrée et approfondie, il cherche à réfuter les arguments de son contradicteur et à prouver que ses opérés sont réellement morts d'une aggravation de leur propathie antérieure au traumatisme, aggravation produite par le fait de ce dernier.

M. Verneuil s'applaudit, d'ailleurs, de l'adhésion formelle que, malgré des critiques de détail, M. Trélat a donnée à ses conclusions; ce qui le porte à croire qu'au lit du malade, M. Trélat comprend comme lui ses devoirs de savant, de professeur et de praticien, et que, pas plus que lui, il n'est disposé à céder aux tendances aventureuses du jour.

M. Verneuil ne croit pas devoir répondre longuement à M. Desprès. Pour son honorable collègue, il n'y a que trois ou quatre dieux en chirurgie : Boyer, Malgaigne, Velpeau et Nélaton, mais il n'y a plus qu'un prophète. Désespérant de trouver grâce pendant sa vie devant un si terrible justicier, M. Verneuil attendra sans impatience l'heure de sa mort, bien assuré qu'alors M. Desprès, qui a été quelque peu son élève, étudiera ses œuvres et s'en servira pour contredire les novateurs du moment, quels qu'ils soient et quoi qu'ils puissent dire.

Quand à M. Berger, M. Verneuil est heureux de constater que, sur un grand nombre de points, il est en complet accord avec son collègue, notamment en ce qui touche l'action du traumatisme sur la tuberculose. Enfin, M. Verneuil adresse ses sincères remerciements à M. Richelot, qui a si bien saisi et si fidèlement traduit ses idées, ne lui a prêté ni opinions excessives, ni affirmations prétentieuses, et enfin a reconnu la prudence avec laquelle il procède et les réserves qu'il a toujours soin d'émettre avant de conclure.

M. Richelot a bien compris que les recherches de M. Verneuil visaient d'abord le pronostic des blessures et opérations, la cause et la pathogénie des accidents traumatiques et, conséquemment, la prophylaxie et les indications opératoires. Il n'attribue point à M. Verneuil la sotte pensée de proscrire les opérations urgentes et les opérations nécessaires, mais seulement celle de les montrer sous leur vrai jour, c'est-à-dire avec une gravité beaucoup plus grande chez certains sujets et dans certaines conditions constitutionnelles déterminées; celle surtout de modérer les ardeurs trop grandes du bistouri et d'inspirer aux praticiens la sainte horreur des opérations inutiles, intempestives ou hasardeuses.

M. Verneuil sait gré surtout à M. Richelot d'avoir rapporté un fait opposé en apparence à ses opinions. L'opéré de M. Richelot était glycosurique et paludique; cependant, le processus réparateur a évolué sans encombre et la santé générale n'a pas été un seul instant troublée; tout a marché comme chez un sujet exempt de toute tare organique.

L'observation de M. Richelot, en même temps qu'elle paraît donner un démenti aux idées de M. Verneuil en ce qui touche le pronostic, confirme en revanche plusieurs propositions que

M. Verneuil a précédemment énoncées. Elle montre, en effet, que la glycosurie paludique s'observe chez des sujets forts et robustes et qu'elle semble avoir peu de gravité au point de vue chirurgical. En outre, M. Richelot s'est conformé aux principes posés par M. Verneuil en usant d'une sage temporisation et en s'efforçant, par une médication préliminaire convenable, de réduire sensiblement la quantité de sucre et la polyurie; puis, aussitôt après l'opération, en administrant préventivement le sulfate de quinine, sage conduite à laquelle M. Richelot doit probablement le succès de son opération.

Les exemples de désastres chirurgicaux ont été observés dans des cas de diabète méconnu ou de diabète intermittent; M. Verneuil pense que les chirurgiens seront bientôt en mesure, après avoir constaté le danger, de le braver à l'aide d'une thérapeutique rationnelle. Les idées nouvelles, quoi qu'on en dise, ont pénétré et renouvelé la thérapeutique chirurgicale; on serait fort embarrassé, dit M. Verneuil, de trouver dans un ouvrage datant de vingt ans une observation comparable à celle de M. Richelot, où une médication complexe ait été instituée contre un état pathologique fort compliqué lui-même.

M. Verneuil relève encore dans cette observation un dernier détail bien curieux. Le malade était diabétique, paludique, arthritique et alcoolique, offrant ainsi un spécimen bien remarquable d'hybridité à quatre termes. Grâce sans doute au traitement préliminaire, la glycosurie ne s'est pas aggravée et la fièvre intermittente ne s'est pas rallumée. L'alcoolisme n'est pas entré en scène. En revanche l'arthritisme, contre lequel on n'avait pris aucune mesure, s'est réveillé sous la forme d'une colique hépatique survenue trois semaines après l'opération, comme un écho de l'action stimulante du traumatisme, et sans qu'on puisse du moins accuser ni fatigue, ni excès de régime, causes communes de la colique hépatique.

Encore une fois M. Verneuil remercie M. Richelot, qui a, pour son contingent, apporté une des observations les plus instructives qui soient à sa connaissance.

M. Desprès regrette que M. Verneuil le prenne de si haut avec lui pour les critiques qu'il s'est permis de lui adresser; mais, quelle que soit la déférence que l'on soit disposé à avoir pour les travaux de M. Verneuil et de son école, il n'est pas possible de lui accorder la priorité de l'idée de l'influence du traumatisme sur les maladies antérieures, idée qui est vraiment d'origine française, mais qui est certainement antérieure aux travaux de M. Verneuil. Le mérite de M. Verneuil et de ses élèves, c'est d'avoir travaillé avec soin cette question et d'avoir rassemblé les observations et les documents propres à mettre en relief la réalité de cette influence.

M. Verneuil fait observer que, loin de vouloir s'attribuer aux dépens des autres le mérite de l'idée, lui et ses élèves ont pris soin de chercher et de découvrir dans les ouvrages des anciens chirurgiens les passages ignorés du public qui avaient trait à la question de l'influence du traumatisme sur les états morbides antérieurs.

— M. Polaillon communique une observation qui lui paraît confirmer ce que M. Verneuil a dit de l'influence du traumatisme sur le développement de la méningite tuberculeuse.

Il s'agit d'une femme de 41 ans qui, sans avoir jamais présenté d'antécédents ni héréditaires ni personnels, et se trouvant dans un bon état de santé apparente, fut prise, à la suite d'un travail prolongé dans la station debout, d'une ostéo-arthrite suppurée du pied, pour laquelle M. Polaillon dut pratiquer une incision évacuatrice suivie de l'ablation, avec la curette, de fongosités osseuses végétantes ultérieurement pansées à l'iodoforme. Six semaines après l'opération, sans autre symptôme précurseur, la malade fut prise subitement de constipation, de vomissements, de convulsion et de coma, accidents auxquels elle succomba rapidement. A l'autopsie, on trouva les signes manifestes d'une méningite tuberculeuse et un semis de granulations sur le péritoine.

M. Polaillon pense que le traumatisme a été, chez cette femme, l'occasion de l'explosion d'une tuberculose généralisée dont elle ne présentait aucun symptôme avant l'opération.

Au point de vue de l'opération que l'on peut pratiquer chez les phthisiques, M. Polaillon ne partage pas l'opinion de M. Berger, qui pense que l'opération aggrave toujours la tuberculose.

D'après les observations recueillies par M. Polaillon, le traumatisme opératoire chez les tuberculeux produirait tantôt des effets d'aggravation, tantôt des effets négatifs, tantôt une amélioration certaine des manifestations diathésiques.

En résumé, il serait fort difficile, suivant lui, de prévoir d'avance le pronostic d'une opération faite sur un malade atteint de tuberculose et de savoir si le traumatisme chirurgical aura sur l'état général une action avantageuse, nulle ou aggravante.

M. Verneuil croit devoir compléter sa communication par la relation des détails de l'autopsie du malade de M. Redard, qui a succombé, ainsi que M. Verneuil l'avait fait pressentir

mercredi dernier, à une troisième attaque de coma urémique. On a constaté à l'autopsie, entre autres lésions secondaires, les altérations rénales typiques de l'affection connue sous le nom de *gros rein blanc*. Il existait en outre des adhérences anciennes dans l'un des deux poumons et un énorme tubercule dans la paroi du cœur droit. Il n'y avait, d'ailleurs, aucune trace de poussée tuberculeuse récente. Ce malade est certainement mort par le rein.

M. Périer croit devoir signaler un fait qui vient à l'appui des idées de M. Verneuil relatives à l'influence du traumatisme sur le développement de la tuberculose. Il s'agit d'un homme qui entra à l'hôpital de la Charité, dans un état florissant de santé générale, mais avec des symptômes d'arthrite rhumatismale du genou. Comme il y avait ankylose de l'articulation dans une attitude vicieuse, M. Périer pratiqua, après chloroformisation, le redressement du membre qui fut placé dans un appareil inamovible. Il survint, à la suite de cette simple opération, une dyspnée extrême qui résista à tous les moyens mis en usage et emporta rapidement le malade. A l'autopsie, on trouve les poumons farcis de tubercules miliaires développés avec une rapidité foudroyante, car rien, avant l'opération, ne pouvait faire supposer l'existence de tubercules.

M. Verneuil, à qui M. Périer a communiqué les détails de cette observation, n'a pas hésité à rapporter les accidents à l'influence du traumatisme.

— M. Robert présente un malade auquel il a pratiqué avec succès l'ablation de l'astragale pour une ostéite tuberculeuse non suppurée de cet os. L'opération a été faite suivant la méthode des résections sous-périostées de M. Ollier (de Lyon). L'observation est renvoyée à l'examen de M. Chauvel (du Val-de-Grâce).

— M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Béranger-Féraud, un volume intitulé : *Caractères anthropologiques de la race provençale*. — A. T.

FORMULAIRE

Peptone tartrique. — A. Petit.

On fait digérer pendant 12 heures, à une température de 50°, un kilo de viande de bœuf dégraissée, dans 10 litres d'eau additionnée de 150 grammes d'acide tartrique, et de 10 grammes de pepsine de porc. On agite souvent, on passe au bout de 12 heures, on laisse refroidir et on filtre sur un filtre mouillé. La liqueur filtrée est partagée en 2 parties égales ; la première est saturée par du bi-carbonate de potasse, et mêlée à la seconde. Il se forme ainsi de la crême de tartre, dont une partie se précipite immédiatement. On décante le liquide surnageant, on l'évapore en consistance sirupeuse et on le laisse refroidir. Presque toute la crème de tartre qu'il contenait encore se dépose à l'état cristallin. On décante de nouveau, et on évapore à siccité au bain-marie. — Cette peptone pepsino-tartrique, dissoute dans la proportion de 5 grammes pour 95 grammes de vin de Malaga, donne une préparation plus agréable que la peptone pepsino-chlorhydrique, qui retient une quantité assez grande de chlorure de sodium. — Le vin de peptone contient un gramme de peptone par cuillerée à bouche. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — La date des concours des clinicats de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie et des maladies du système nerveux est fixé *irrévocablement* au lundi 9 juillet 1883.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dupuy (de Bordeaux) et de M. Ovide-Lallemand, médecin-major de première classe, en retraite.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Bocquillon, agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris, qui a succombé dans son laboratoire de Bellevue, à une attaque d'apoplexie foudroyante.

— M. le docteur Terrillon commencera ses leçons cliniques sur les affections chirurgicales et les tumeurs de l'abdomen, à la Salpêtrière, le samedi 26 mai, à dix heures, et les continuera les samedis suivants.

A neuf heures, examen des malades.

Épidémies. — Il résulte des informations transmises au ministre du commerce que le choléra a cessé sur toute la côte occidentale de Sumatra.

En conséquence, les mesures appliquées à cette provenance sont supprimées depuis le 7 mai.

A Bombay, sur une population de 773,145 individus, le nombre des décès par le choléra a été de 3 dans la seconde semaine d'avril, de 8 dans la troisième et de 5 dans la quatrième.

A Calcutta, ville de 433,212 habitants, il y a eu 92 décès par le choléra dans la première semaine d'avril. Il y en avait eu 61 dans la semaine précédente.

A Madras, ville de 405,848 âmes, on n'a eu à constater dans la première quinzaine d'avril qu'un seul décès.

Legs. — M. le docteur Martin Damourette, dont nous avons récemment annoncé la mort, a légué à l'Académie des sciences une somme de 40,000 francs, pour la fondation d'un prix de physiologie thérapeutique.

Les étrangers a Paris. — L'*Annuaire de statistique de la ville de Paris pour* 1881 renferme, dans la partie consacrée à la démographie, une étude sur les résultats du recensement de 1881, due à M. le docteur Jacques Bertillon, membre de la commission de statistique municipale. Voici quelques passages de ce travail relatifs aux étrangers :

« Les Parisiens nés à Paris ont toujours constitué une exception dans cette grande ville. Sur 1,000 habitants recensés à Paris, 322 sont nés dans la ville, 38 dans les autres communes du département, 565 dans les autres départements ou colonies, 75 à l'étranger.

« La plupart des autres villes sont loin d'atteindre ce dernier chiffre. Ainsi, pour citer deux capitales très inégales par leur population, à Berlin, la proportion des individus étrangers à l'Allemagne n'est que de 13 pour 1,000 habitants; à Budapest, le nombre des indididus qui ne sont ni Hongrois ni Autrichiens n'est que de 14 pour 1,000.

« Paris est donc une ville particulièrement hospitalière. On y compte, d'après le recensement de 1881 :

« 45,281 Belges; 31,190 Allemands; 21,577 Italiens; 20,810 Suisses; 10,789 Anglais; 9,250 Hollandais; 5,927 Américains; 5,786 Russes; 4,982 Autrichiens et enfin 3,616 Espagnols.

« La colonie anglaise habite principalement les 8e, 16e et 17e arrondissements.

« Le nombre des Allemands fixés à Paris a singulièrement augmenté depuis 1876. Ils n'étaient que 19,024 à cette époque. La plupart sont fixés dans les arrondissements exentriques de Paris et notamment dans le 19e arrondissement.

Les Belges, au nombre de 34,192 en 1876, sont répartis presque dans tous les quartiers de la ville. Le nombre des Hollandais a peu augmenté : on les trouve à peu près dans les mêmes arrondissements que les Belges. Les Italiens n'étaient que 11,530 en 1876. Leur population a presque doublé depuis. C'est dans le 11e arrondissement et dans les arrondissements voisins qu'ils habitent. Les Suisses sont fixés pour la plupart dans les quartiers commerçants du centre.

« En résumé, le nombre des étrangers augmente rapidement. Ils n'étaient que 119,349 en 1876; ils étaient en 1881 164,038. Cette augmentation de 44,689 constitue la cinquième partie environ de l'accroissement total de la population parisienne. »

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très précises). — Séance du vendredi 25 mai 1883.

Ordre du jour. — Continuation de la discussion sur la réfrigération dans la fièvre typhoïde: MM. Dujardin-Beaumetz, Constantin Paul, Edouard Labbé. — Sur l'isolement des varioleux : M. Rathery. — Communication sur un second cas d'ataxie syphilitique, suivi de guérison : M. Rendu. — Sur la thoracentèse : M. Edouard Labbé.

— M. le docteur Diday fera le samedi 26 mai, à 10 heures du matin, à l'hôpital de la Charité, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Hardy, une leçon sur le sujet suivant : *L'influence des diathèses sur l'évolution de la blennorrhagie.*

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 22 mai. — L'Académie ayant à choisir un nouveau membre pour la section d'hygiène, aucune élection ne pouvait être mieux accueillie que celle de M. Lunier. Depuis longtemps inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés, M. Lunier s'est vu nommé tout récemment inspecteur général honoraire. Sous ce titre nouveau se cache une erreur de l'administration que l'Europe nous envie, un oubli des services rendus. Le corps médical, heureusement, vient de réparer cette faute; l'Académie ne s'est pas trompée en appelant à elle un de nos confrères les plus méritants.

M. Vallin, professeur au Val-de-Grâce, n'a pas lutté, à vrai dire; mais il a été formellement désigné.

— Voici venir, avec M. Rochard, les conclusions de la commission nommée pour extraire de la discussion sur la fièvre typhoïde les trésors de désinfection et de salubrité qu'elle recèle dans ses flancs. Ces conclusions, comme on doit s'en souvenir, seront portées au ministère de l'instruction publique et ensevelies dans les cartons qui leur sont naturellement réservés.

La commission a laissé de côté les questions doctrinales et thérapeutiques, sur lesquelles on n'est pas d'accord. Mais il est notoire que le nombre des décès par maladies infectieuses, et surtout par fièvre typhoïde, va toujours en augmentant; or, on peut en accuser dans une certaine mesure un ensemble de conditions hygiéniques mauvaises auxquelles, dès à présent, il est possible de remédier. Le rapporteur appelle l'attention des pouvoirs publics sur les logements insalubres, les égouts, les dépotoirs, sur la nécessité de réserver les eaux de sources pour l'usage ali-

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON.

II

Je vous disais, cher lecteur, que je n'avais pas trouvé un seul portrait magistral lors de ma première visite au Salon. Eh bien, j'ai été plus heureux la deuxième fois et ce portrait rare est précisément celui d'un des professeurs distingués de la Faculté de Paris. Le professeur est M. Parrot; le peintre est son ami, M. Paul Dubois, directeur de l'Ecole des Beaux-Arts. C'est dans la salle 26, sur la cymaise, qu'est placée cette œuvre remarquable. Le portrait, de petites dimensions, est traité à la façon d'une médaille. La tête si caractérisée et si fine de M. Parrot est de profil. L'artiste en a tiré un très grand parti, et l'on ne sait ce qu'il faut admirer le plus, ou de la sobriété d'interprétation ou de la puissance des moyens d'exécution. Il serait fort à désirer que cette toile figurât à l'exposition des « portraits du siècle » ouverte actuellement à l'Ecole des Beaux-Arts, au profit de l'œuvre de l'hospitalité de nuit. J'ai visité cette exposition et j'y ai pris, comme tous les visiteurs, un intérêt extraordinaire. Je n'ai point à en parler ici, avec détails, et je ne veux que résumer d'un mot mon impression : à côté des anciens portraits signés Gros, Lawrence, Fragonard, L. David, etc., David surtout, aucun des portraits modernes ne peut lutter avec avantage. On est tout étonné de trouver si faibles, si médiocres, par comparaison, des portraits qui ont eu, sous la Restauration, sous la monarchie d'Orléans et sous le second Empire une réputation bruyante, et singulièrement

mentaire et de les distribuer dans les maisons, enfin sur la création d'une Direction de la santé publique.

Cependant M. Fauvel ne s'est pas rallié à ces diverses propositions. Membre dissident de la commission, il demande à les discuter, et, d'un commun accord, la discussion est remise à mardi prochain.

— Encore une éclaboussure du débat sur la fièvre typhoïde, ou plutôt de son épilogue relatif à la théorie des germes. M. Pasteur en veut toujours aux vétérinaires de Turin, et tient à leur prouver que le sang d'un mouton mort d'inoculation charbonneuse est, au bout de vingt-quatre heures, à la fois charbonneux et septique, de telle façon qu'il faut tenir compte de la présence de la bactéridie charbonneuse et de celle du vibrion septique, suivant l'heure où le sang est recueilli pour être inoculé, si on ne veut obtenir des résultats contradictoires. L'objet de la nouvelle communication de M. Pasteur est d'établir ce fait expérimental, et en même temps de se plaindre des vétérinaires de Turin, qui refusent d'accepter son défi et d'assister à des expériences nouvelles faites par lui, à Turin même, dans les conditions qu'il propose. L.-G. R.

REVUE CRITIQUE DE MÉDECINE

LES BRUITS DE GALOP, (1)

Par Paul Le Gendre, interne des hôpitaux.

III

Mais venons au bruit de galop droit.

Depuis 1869, l'attention de M. Potain avait été attirée sur des cas cliniques dans lesquels des troubles fonctionnels cardio-pulmonaires coïncidaient avec certains états morbides de l'estomac et du foie, dont ils paraissaient dépendre. Un de ces cas fut consigné par M. Mahot, un des élèves de M. Potain, dans son excellente thèse sur les battements du foie.

Mais ce fut au huitième Congrès de l'Association française pour l'avancement des

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 22 mai.

exagérée. Trois ou quatre maîtres contemporains, tout au plus, soutiennent l'effort de la tradition en ce genre, le plus difficile des genres, car il s'agit de la reproduction de la physionomie humaine. — M. Paul Dubois est un de ces maîtres privilégiés. Ses portraits d'enfants ne perdent rien à être placés en si redoutable compagnie, et voilà pourquoi il serait bon que le portrait de M. le professeur Parrot y fût également.

Dans la salle 11 est un grand portrait à mi-jambes, par M. Maillart, représentant M. le docteur Dereins, à l'âge de 59 ans, ainsi que le constate l'inscription placée dans l'angle supérieur droit de la toile. Ce portrait n'a pas la valeur du précédent. La facture en est un peu sèche, petite et terne; le blanc de la chemise est peut-être plus jaune qu'il ne convient. Néanmoins, l'œuvre se distingue par de très sérieuses qualités; la physionomie du modèle a été bien étudiée, et il en résulte ce charme particulier qui est la marque, et comme la récompense des efforts de l'artiste en ce sens. On est attiré, comme attaché par ces yeux noirs qui vous regardent avec une expression si intelligente et si bonne, et l'on s'attarde à rester là et à converser sans rien dire avec ce médecin qu'on ne connaît pas, qu'on n'a jamais vu, mais que l'on sent être un homme excellent.

Un autre portrait placé dans la salle 5, très loin du précédent, se recommande par des qualités analogues qui sont, je crois, les qualités maîtresses du genre : « Il n'y a rien de plus difficile à faire qu'un portrait » disait le statuaire Rude, au grand étonnement des photographes de son temps. Il avait raison, et ceux qui sont entrés à l'exposition de l'Ecole des Beaux-Arts doivent être bien convaincus de cette vérité. Il s'agit, en effet, non seulement du visage ou du masque humain, mais de la physionomie humaine, c'est-à-dire de ce qu'il y a de plus mobile et de plus compliqué tout à la fois. La scène est petite et la construction en est connue, mais le drame est immense et plein d'obscurités. La photographie, dont je viens

sciences (1) que M. Potain exposa complètement pour la première fois ses idées sur ce sujet. Il expliqua que, d'après lui, les modifications dans la circulation pulmonaire étaient l'intermédiaire entre l'état morbide du foie ou de l'estomac et celui du cœur. Cet état morbide du cœur c'est une dilatation des cavités droites entraînant une insuffisance tricuspidienne fonctionnelle, attestée parfois par un bruit de souffle, mais d'autrefois seulement par un bruit de galop.

En 1879, dans plusieurs cliniques, le savant professeur précisa sa manière de voir en exposant les *synergies morbides* qui existent entre les divers organes. M. Destureaux a, dans une thèse inspirée par son maître (2), résumé ce qui a trait au bruit de galop droit d'origine gastrique.

Il lui reconnait les mêmes caractères qu'au bruit de galop gauche, en ce qui concerne la palpation et l'auscultation.

« C'est un bruit et c'est un choc. Le bruit est constitué par l'adjonction aux deux bruits normaux d'un bruit sourd, surajouté, présystolique; le choc fait partie intégrante du bruit, et il est dû à une ondulation ventriculaire qui produit un soulèvement de la paroi, constaté par la main et enregistré par le cardiographe. Ce bruit n'est pas constant; chez un même malade il peut apparaître et disparaître dans l'espace de quelques heures; car les efforts, les émotions, les mouvements respiratoires le modifient. Toujours il correspond au grand silence, mais il peut être plus ou moins rapproché du bruit systolique ou du bruit diastolique. »

Mais si ce bruit présente les mêmes caractères pour la main et l'oreille que le bruit de galop gauche, il en diffère par son siège maximum à droite du sternum et vers l'épigastre, par sa coïncidence avec un pouls mou, petit, filiforme et avec une déviation en dehors de la pointe sans abaissement, par l'habitus extérieur du malade.

« Ce bruit n'implique pas, comme on l'a cru, une hypertrophie auriculaire; car comme rhythme, il ne correspond pas toujours à la systole de l'oreillette; il peut la précéder on la suivre, et son existence n'est pas liée à l'oscillation présystolique des jugulaires, caractéristique de cette hypertrophie.

Il semble plutôt être la conséquence d'une tension mal équilibrée, excessive dans la petite circulation, que d'une hypertrophie du ventricule. Mais, s'il n'im-

(1) Séance du 9 août 1878.

(2) *De la dilatation du cœur droit d'origine gastrique.* Thèse de Paris, 1879.

---

d'évoquer l'idée, est bien propre à faire comprendre les infinies difficultés que je signale. Prenez vingt photographies de la même personne; elles lui ressemblent toutes, mais, contrairement à ce que pourrait faire croire certain théorème de la géométrie élémentaire, elles ne se ressemblent pas entre elles, et, à part de très rares exceptions, elles sont aussi insignifiantes l'une que l'autre. Pourquoi? parce que l'appareil ne saisit qu'une image passagère, que le reflet d'un moment, et qu'à ce moment, très rapide du reste, le modèle (j'allais dire le patient) n'a d'autre préoccupation que celle de poser. On m'objectera que la préoccupation est la même quand les choses se passent chez le peintre et que, de plus, il s'y joint l'ennui, les séances étant beaucoup plus longues que chez le photographe, c'est vrai. Aussi, serais-je porté à croire que les seuls portraits intéressants de notre époque sont faits par des artistes qui connaissent depuis longtemps leur modèle, ou qui ont le précieux privilège de l'interroger, de l'animer, de le faire vivre devant eux et de le pénétrer.

Ces réflexions expliquent comment il se fait que les artistes font toujours un bon portrait de leur mère. Ils la connaissent, ils la savent par cœur; ils peuvent résumer, concentrer toutes les ressemblances fugaces dans une seule qui est la ressemblance forte et caractéristique et qui résulte de l'expression habituelle. Expression que, la plupart du temps, ne connait pas le modèle lui-même, et que change à coup sûr le fait seul de poser.

Le portrait dont je veux parler est de M. Sinibaldi. Il représente M[me] P..., femme d'un des plus courageux et des plus sympathiques professeurs de la Faculté de médecine de Paris. Dans une toilette modeste d'un grand goût, M[me] P... est assise sur un fauteuil rouge d'un ton excellent, L'expression du visage est douce et calme, l'attitude simple et sans aucune prétention. L'impression ressentie est une impression de sincérité, d'intimité, qui a un charme extrême. Le mains gagneraient à être un peu plus fermes; telles qu'elles sont, elles ont l'air malade et

plique pas une hypertrophie, il indique une des causes qui peuvent la produire. Aussi M. Potain tend aujourd'hui à considérer le bruit de galop comme la conséquence d'une distension brusque du ventricule (bruit), produite par l'ondée sanguine ventriculaire pendant la diastole, ondée qui lance le ventricule contre la paroi thoracique (choc).

Par quel mécanisme les affections de l'estomac amènent-elles cette tension exagérée dans la circulation pulmonaire? Voici l'explication de M. Potain : « Excité dans ses filets sensibles terminaux de l'estomac, la vague conduit l'impression au bulbe et la réfléchit vers ses terminaisons pulmonaires. Celles-ci réagissent sur les capillaires des dernières ramifications bronchiques et produisent un resserrement des vaisseaux qui crée un obstacle à la circulation. Ainsi, de proche en proche, la tension augmente dans l'artère pulmonaire, gagne les cavités droites et y détermine une distension et une dilatation progressives. » Ainsi, la gêne circulatoire pulmonaire serait un exemple des synergies morbides du pneumogastrique, dont on connait déjà tant de cas et dont M. Huchard a fait ressortir toute l'importance au point de vue de l'interprétation de certaines observations d'asthme et d'angine de de poitrine.

M. Destureaux, après avoir indiqué que le pneumogastrique est, d'après M. Potain, l'instrument des synergies pathologiques entre les organes innervés par lui, ajoute : « M. Potain ne refuse pas, cependant, tout rôle et toute intervention au grand sympathique. La théorie ne peut dissocier deux nerfs que la nature a si intimement confondus. »

Il y a sur ce point quelque obscurité : les physiologistes, en effet, admettent aujourd'hui que les capillaires et les artérioles du poumon sont sous la dépendance du grand sympathique et non du vague. Aussi M. Barié, dans sa récente étude (1), incline-t-il beaucoup plus que M. le docteur Destureaux à donner la prédominance au symphatique : « la physiologie expérimentale, dit-il, a démontré que l'acte réflexe qui constitue les accidents cardio-pulmonaires d'origine gastrique ou hépatique se passe tout entier dans le domaine du grand sympathique; il est permis toutefois, au nom de la clinique, de croire que le pneumogastrique n'est pas étranger aux impressions eisodiques des incitations de l'estomac ou des voies biliaires au centre réflexe. »

(1) *Revue de médecine*, 1883.

---

atteintes de rhumatismes; mais cela peut tenir à quelque légère incorrection de dessin, ou à quelque inexpérience du peintre qui aura voulu les arranger pour la pose. Or, les mains s'arrangent bien toutes seules, et lorsqu'on ne pense pas à elles, qu'on ne les regarde pas. Mais si on a le malheur d'appeler l'attention sur elles, à l'instant, elles ne savent que devenir et sont la chose du monde la plus embarrassante.

Ce que je viens de dire à propos des portraits de mères d'artistes n'est pas même infirmé par la peinture étrange et plâtreuse qu'expose cette année M. Whisler sous le titre de « Portrait de ma mère » (salle 8). Seulement l'auteur aurait dû ajouter : « après sa mort ».

Cl. Suty.

Conseil municipal de Paris. — La huitième commission du Conseil municipal de Paris a été saisie d'une pétition d'habitants de la rue d'Assas, qui se plaignent des inconvénients résultant du voisinage de la salle d'accouchements de la clinique située dans cette rue. Ils demandent que cette salle soit déplacée de manière que les cris ne s'entendent plus des maisons voisines.

Comme la suppression de la salle d'accouchements entraînerait la suppression de la clinique, la commission ne peut adopter une telle solution. Elle propose seulement de renvoyer la pétition à l'administration pour qu'elle prenne les mesures nécessaires pour atténuer les inconvénients signalés. — Adopté.

Quelle est la valeur séméiologique du bruit de galop droit? Ce n'est pas dans les affections graves et désorganisatrices de l'estomac qu'on l'observe, mais bien dans les troubles fonctionnels de nature dyspeptique. Ces états dyspeptiques, capables de retentir sur le poumon et le cœur, sont primitifs (indigestions, embarras gastrique, dyspepsies) ou consécutifs à l'état morbide d'autres organes. Ainsi, on observe encore le bruit de galop dans les états dyspeptiques consécutifs à la tuberculose pulmonaire, à une affection utérine, urinaire, rénale ou cardiaque. A propos des affections rénales, il faut relever cette complexité séméiologique, à savoir que le mal de Bright peut retentir de deux façons sur le cœur : il peut produire le bruit de galop gauche coïncidant avec la sclérose rénale, la sclérose généralisée des artères et du cœur lui-même dans la forme interstitielle; il peut engendrer aussi le bruit de galop droit par l'intermédiaire des troubles dyspeptiques que l'urémie détermine. Il n'est pas toujours facile de faire la part qui convient à ces deux causes différentes.

On a noté encore le bruit de galop droit dans certains troubles intestinaux (entéro-colite aiguë, catarrhe intestinal).

Mais c'est surtout dans les affections du foie ou plutôt des voies biliaires que le galop droit est fréquemment signalé.

M. Rendu, dans un récent et lumineux mémoire, a mis ce fait hors de toute contestation; on y voit la confirmation de la théorie de M. Potain (1).

« Lorsqu'on applique l'oreille sur la région précordiale, on entend distinctement, avant le premier bruit systolique normal, un choc sourd, assez mal frappé, que l'on confondrait facilement avec un murmure si l'attention n'était pas attirée sur ce point. C'est plutôt une impression tactile perceptible pour l'oreille qu'un bruit musical. La succession de ces deux bruits forme une sorte de redoublement, de bruit de galop, comparable à celui de la néphrite interstitielle, avec cette différence que l'intensité de ce dernier bruit est plus considérable, et que son siège n'est pas le même. Dans le bruit de galop brightique, le maximum s'entend principalement à la pointe et le long du bord gauche du cœur; ici, au contraire, le bruit prédomine vers l'épigastre, à l'extrémité inférieure du sternum, c'est-à-dire en un point correspondant au bord droit et à la face antérieure du ventricule droit du cœur.

A ce signe est toujours associé un autre phénomène d'auscultation qui, dans l'espèce, offre une grande valeur, surtout au point de vue du mécanisme physiologique de ces désordres cardiaques : c'est l'accentuation du deuxième bruit au niveau de l'orifice pulmonaire. On sait que le deuxième bruit normal est produit par le claquement simultané des sigmoïdes aortiques et pulmonaires. Dans les conditions ordinaires, les deux groupes de valvules concourent, pour une part égale, à la production du phénomène, et s'il y a prédominance en faveur de l'un d'eux, c'est du côté de l'orifice aortique qu'elle s'accentue. Chez les sujets atteints de néphrite interstitielle, cette prédominance est bien plus accusée, et chacun sait combien vibrant et sonore est le bruit aortique qui indique l'accroissement de la tension artérielle générale. Or, ce bruit s'entend sous la clavicule droite.

Inversement, dans les cas auxquels nous faisons allusion, c'est le bruit pulmonaire qui devient plus distinct : il a un timbre sec, parcheminé, qui s'entend au foyer des bruits de l'artère pulmonaire, c'est-à-dire sous la clavicule gauche. Par analogie, on doit inférer qu'il est l'expression d'un excès de pression dans le cercle de la petite circulation, et nous verrons en effet que la clinique et l'expérience confirment cette vue de l'esprit.

Nous sommes maintenant en mesure de comprendre la valeur de ce syndrome clinique : bruit de galop du cœur droit et accentuation du deuxième bruit pulmonaire signifient tension exagérée de la petite circulation et dilatation du ventricule droit. Le murmure, ou plutôt le choc présystolique qui fait partie du bruit de galop, paraît être produit par une double cause, la contraction exagérée de l'oreil-

(1) *De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement*, 1883.

lette, d'une part, et le choc de l'ondée sanguine qui vient frapper les parois du ventricule au moment de la systole auriculaire. »

C'est surtout dans les affections non destructives du foie, dans la lithiase, les congestions, que le bruit de galop droit s'observe.

Malgré les précautions prises par M. Potain pour éviter toute confusion entre le bruit de galop tel qu'il le décrit et les dédoublements, quelques auteurs persistent à appliquer la même dénomination à ces derniers.

Ainsi M. d'Espine (1), dont nous avons rapporté plus haut l'explication relative à la pathogénie du bruit de galop gauche, croit celle-ci applicable au bruit de galop droit. Il ne parle pas dans son travail du bruit de galop symptomatique des affections gastro-hépatiques; mais il l'étudie dans les maladies du cœur droit. Les conditions génératrices en sont la diminution de la tension dans le système aortique, la dilatation et l'hypertrophie du ventricule droit, la gêne de la circulation pulmonaire; il est constitué par un redoublement du premier bruit dû au double claquement de la valvule tricuspide. Le bruit de galop droit ne serait en définitive « qu'un épisode fugitif de la lutte entre le ventricule droit et la tension dans la petite circulation; c'est un passage à l'arythmie.

C'est en se plaçant au même point de vue que Fraentzel (2) a considéré le bruit de galop comme un phénomène fréquent, lié à l'affaiblissement de l'impulsion cardiaque, perceptible souvent dans la fièvre typhoïde à la période d'adynamie, dans toutes les maladies infectieuses, et même, quoique plus rarement, dans la pneumonie. Cet auteur ne semble pas d'ailleurs avoir fait la distinction entre le galop droit et le gauche; car il ajoute qu'il le regarde comme exceptionnel dans la néphrite interstitielle!

M. Revilliod a signalé aussi le bruit de galop dans le cours d'une fièvre typhoïde avec congestion pulmonaire.

M. d'Espine a observé encore le bruit de galop droit pendant l'anesthésie chirurgicale par le chloroforme et l'éther, lorsque la respiration devient embarrasssée; il indique même l'apparition de ce signe comme un indice de la gêne de la petite circulation, précieux à enregistrer pour le chirurgien. Un enfant né en état d'asphyxie bleue a présenté également un bruit de galop des plus nets; aussi M. d'Espine propose-t-il d'appeler cette variété de bruit de galop : le galop de l'asphyxie. Il a pu le produire expérimentalement chez un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle chaque fois qu'il suspendait la respiration.

IV

Quoi qu'il en soit de ces interprétations diverses sur la pathogénie et la nature du bruit de galop, les notions qui paraissent désormais acquises sur cette question ont été bien résumées par M. Barié dans les propositions suivantes :

Il existe deux bruits de galop : le galop gauche ou galop néphritique, le galop droit ou galop gastrohépatique.

La distinction clinique entre ces deux bruits s'établit d'après leur siège et le caractère du pouls.

Le galop du cœur gauche a son siège maximum dans une région limitée d'un côté par la pointe du cœur, d'un autre côté par le bord gauche du sternum et en haut par le second espace intercostal gauche; de plus il coïncide avec une accentuation manifeste du bruit diastolique au niveau de la base du cœur, dans le deuxième espace intercostal droit, c'est-à-dire au niveau de l'aorte.

Le galop droit a son siège maximum au niveau de la partie inférieure du sternum, à l'épigastre, et coïncide avec un renforcement très marqué du second bruit au niveau du deuxième espace intercostal gauche, c'est-à-dire de l'artère pulmonaire.

Le pouls qui accompagne le galop gauche est dur, plein, serré en rapport avec la

(1) *Loco citato.*

(2) Uber Galopp-Rhythmus am Herzen. *Zeitschr. für Klin. Med.*, 1881. III, p. 491.

tension extrême de la tension intra-aortique; — dans le galop droit, le pouls est faible, mou, très dépressible, indice d'une faible pression dans le système artériel de la grande circulation.

BIBLIOTHÈQUE

Dictionnaire de chimie pure et appliquée, comprenant la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, à l'agriculture et aux arts, la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie, par Ad. Wurtz, membre de l'Institut. Supplément 6[me] fascicule. — Paris, librairie Hachette.

L'importance du *Dictionnaire de chimie de Wurtz* est une chose établie et incontestée, nous n'avons point à en faire l'éloge, mais nous avons à en signaler aux travailleurs nombreux qui s'y intéressent, la marche non interrompue. En tête de la livraison que nous avons sous les yeux se trouve la fin de l'étude sur la Métallurgie du fer, et cette livraison se termine par l'article Isatropique (acide). Par ce renseignement on peut apprécier le terrain déjà parcouru. Plusieurs articles d'une grande valeur, dans cette livraison, intéressent directement les médecins, Fermentations, Glycérine, Hémoglobine, inosite, etc.

Dans le tome premier du *Dictionnaire de Chimie*, M. le professeur Schützenberger avait écrit un article très remarquable sur les Fermentations; mais depuis, la question a fait des progrès immenses, et c'est pour faire connaître ces progrès, que M. Henninger a pris la plume dans le Supplément. Nous voudrions pouvoir transcrire pour nos lecteurs tout cet article complémentaire, qui ne compte pas moins de 40 colonnes de texte fin et compact. Quelques mots seulement. Comme on devait s'y attendre, le nom de M. Pasteur occupe une grande place dans ce travail.

« On connait mieux les ferments; on en a découvert de nouveaux; on a fait des tentatives pour les réunir dans une classification systématique; enfin, en créant une théorie physiologique de la fermentation et précisant ainsi ces phénomènes, on leur a donné une importance plus générale et beaucoup plus haute. — Aussi le cadre de l'étude de ces infiniment petits, des *microbes*, comme on les nomme aujourd'hui, s'est-il singulièrement élargi. Les découvertes se sont succédé sans arrêt : dédoublement du sucre en alcool et gaz carbonique; production d'acide lactique et butyrique; hydratation de l'urée; putréfactions; fébrine des vers à soie; sang de rate ou charbon des ruminants; choléra des poules; septicémie; maladies infectieuses, et peut-être certaines réactions chimiques des tissus de l'animal — autant de processus liés au développement d'une cellule, d'un microbe — autant de fermentations. »

Tous ces travaux, suivant l'auteur, ont définitivement jugé et condamné la doctrine des générations spontanées (hétérogénie). Après cette proposition, qui nous paraît beaucoup trop absolue, l'auteur entre dans son sujet. Il décrit successivement les ferments figurés, les moisissures, les levures, les bactéries et les ferments non figurés. Chemin faisant, nous trouvons la théorie de la fermentation d'après M. Pasteur, à qui il emprunte le point de vue suivant : « Il paraît donc y avoir corrélation entre le caractère ferment et le fait de la vie sans gaz oxygène libre. Cela posé, faut-il admettre que la levure de bière, si avide d'oxygène qu'elle se multiplie avec une énergie tout à fait inconnue jusqu'ici, lorsqu'on lui fournit du gaz oxygène libre, n'en utilise plus aucune trace pour son développement dès qu'on lui refuse ce gaz sous forme libre, sans le lui refuser sous forme de combinaison? N'est-il pas vraisemblable que le mode de vie de la plante est le même dans les deux cas, sauf que dans le second elle respire avec l'oxygène emprunté à la matière fermentescible? Ce serait par conséquent dans cet acte physiologique qu'il faudrait placer l'origine du caractère ferment. » — Plus loin, la culture des microbes, le rôle chimique des moisissures, la sporulation des levures récemment découverte, l'histoire des bactéries, une étude chimique de quelques bactéries et l'exposé des fermentations par hydratation, par dédoublement, par réduction, par oxydation.

Ce sujet est tout à fait à l'ordre du jour, il est ici développé avec une grande richesse de détails et il faut lire l'article intéressant qui y est consacré. Avant de le quitter, nous ne résistons pas au désir de reproduire le passage suivant : « On connaît les phénomènes complexes et les produits de la putréfaction des albuminoïdes. Plusieurs fermentations se succèdent. Mais au commencement les ferments d'hydratation interviennent principalement, transformant, tout au début, les albuminoïdes en albuminates et en peptones, et dédoublant ensuite celles-ci en acides amidés. Ce n'est qu'alors que les microbes réducteurs entrent en action. La peptonisation s'opère comme la fermentation ammoniacale sous l'influence de diastases sécrétées par les microbes. Dans l'acte de la digestion, ces ferments jouent un rôle important : leur

mission est d'achever la transformation en peptones des albuminoïdes qui ont échappé au actions successives du suc gastrique et du suc pancréatique. Une partie de ces peptones es absorbée; une autre partie, étant complètement détruite, engendre les nombreux produits de la putréfaction; on les a retrouvés tous, ou peu s'en faut, dans les excréments. » N'est-ce pas une chose providentielle et charmante que cette intervention opportune des microbes réducteurs qui viennent si à propos nous rendre le service de compléter chez nous l'acte de la digestion ! !

A côté des articles qui intéressent directement les médecins, nous en trouvons d'autres dignes d'attention : FLUORANTHÈNE, FLUORÈNE, FLUORESCÉINE, FLUOSELS, FORMIQUE (ACIDE), FURFUROL, GALLIUM, GÉLATINE, GLUCOSE, GOUDRONS, HYDRAZINES, HYDROGÈNE, HYDROXYLAMINE, INDIGO, IODE, etc. — G. R.

—

MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, par le docteur BYRAN-BRAMWELL, professeur de clinique médicale à l'Ecole libre d'Edimbourg, ouvrage traduit par MM. Poupinel et Thoinet, internes des hôpitaux. — Paris, Lauwereyns, 1883.

L'auteur s'est proposé de donner une description concise des points les plus importants de l'histoire de la moelle épinière. Il s'est fort bien acquitté de sa tâche : son livre est un bon manuel, d'une lecture facile, comme il convient à un ouvrage élémentaire. Les médecins français n'y trouveront guère de faits qui ne leur soient familiers. Nous signalerons cependant une observation remarquable de paralysie pseudo-hypertrophique avec lésions spinales; ce fait, rapproché de cas analogues qu'ont publiés MM. Gowers et Drummond, conduit à penser que cette maladie a bien son point de départ dans la moelle, comme sa symptomatologie permettait de le prévoir *a priori*, et non dans les muscles comme l'avait fait croire l'intégrité apparente des centres nerveux dans plusieurs observations; on consultera avec fruit une étude complète des symptômes auxquels donnent lieu les maladies de la moelle et de leur mode de production. De très nombreuses figures facilitent l'intelligence du texte. — H. H.

JOURNAL DES JOURNAUX

Oreillons épidémiques chez une femme en couches et chez son nouveau-né, par le docteur GAUTIER. — Un enfant de 4 ans contracte les oreillons le 4 juillet 1882 et sa mère accouche normalement le 23 juillet 1882. Durant la nuit suivante, elle éprouve des douleurs dans l'oreille droite, et le 24 juillet on constate une parotidite de ce même côté. Cette parotidite est caractérisée par des symptômes et une marche classiques. Néanmoins, la lactation s'établit, et le 2 août tous les phénomènes ourliens ont disparu. Le 5 août, le nouveau-né est alors atteint de la même affection, dont l'évolution dure pendant sept jours. Ce fait est contraire à l'opinion des auteurs qui admettent que les oreillons épargnent les enfants pendant la première année de la vie. Chez ces derniers, le gonflement, comme le remarque M. Gautier, paraît siéger plutôt sur les glandes sous-maxillaires que sur la parotide. Dans le diagnostic des oreillons, on doit donc toujours explorer avec soin les glandes salivaires. (*Revue médicale de la Suisse romande*, p. 86, 15 février 1883.)

De l'acide pyrogallique dans le traitement de quelques affections cutanées, par le docteur JARISCH. — C'est sous forme de pommade à 5 ou 10 pour 100 que l'auteur emploie ce médicament. Les squames ayant été enlevées par un lavage au savon noir, on étend la pommade avec une brosse, et on enveloppe la région de flanelle. Ces applications sont répétées une fois au moins, et parfois à deux reprises chaque jour, excepté le jour de la semaine où le malade est envoyé au bain. Une éruption érythémateuse succède habituellement à ces applications, et on y remédie en couvrant la région de poudre d'amidon. Un des inconvénients fréquents de l'acide pyrogallique est de produire une coloration brunâtre de la peau, surtout manifeste à la paume de la main,

L'acide pyrogallique est un antiseptique et un parasiticide. L'auteur a vu guérir rapidement, par son usage, la teigne faveuse et l'eczéma marginé. Cependant, l'eczéma a une tendance à la récidive après une guérison apparente; aussi on doit le combattre par des badigeonnages ou un mélange d'acide pyrogallique et de glycérine. (*Centralb. für die Ges. thérap.*, janvier 1883, et *The Lond. med. Rev.*, 15 fév. 1883.)

Un cas d'empoisonnement par le chloroforme, par le docteur OLIVER. — Le malade avait absorbé 3 onces de chloroforme. A son entrée à l'hôpital, la respiration était faible; le pouls ralenti (30 pulsations par minute), la peau froide, la face livide et les pupilles dilatées. L'anes-

thésie était absolue. On le soumit à la respiration artificielle, à la faradisation, à l'administration de lavements alcooliques et injections sous-cutanées d'éther. Trois heures après le début des accidents, on injecta sous la peau une demi-goutte de nitrite d'amyle en solution dans l'alcool, mais sans produire aucun effet. Après six heures de respiration artificielle, la sensibilité de la conjonctive commençait à reparaître et la respiration reprenait son rhythme; la peau devenait plus chaude et le malade reprenait conscience. L'urine ne contenait ni albumine, ni glucose. L'auteur fait remarquer l'absence de vomissements qu'on peut attribuer à l'anesthésie locale de l'estomac et de l'œsophage. La contraction de la pupille persista aussi longtemps que la période d'anesthésie; la dilatation accompagnait le retour de la sensibilité et se montrait pendant la galvanisation. (*The Practitioner*, janvier 1883, et *The med. Record.*, 17 février 1883, p. 181.) — L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. Laboulbène présente, au nom de M. Baldy, une brochure intitulée : *De l'eau oxygénée et de sa préparation à l'état de pureté; ses applications à la chirurgie et à la médecine.*

M. Ernest Besnier présente : 1° au nom de M. Lecadre (du Havre), une brochure intitulée : *Le Havre, considéré sous le rapport de la démographie et de la constitution médicale*; — 2° au nom de M. le docteur Puy-le-Blanc, une brochure intitulée : *De l'eczéma et de son traitement.*

M. Hervieux présente, au nom de M. le docteur Mauriac, un volume intitulé : *Leçons sur les maladies vénériennes*, professées à l'hôpital du Midi.

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Lahilonne, une brochure intitulée : *Des applications du sphygmographe à l'étude de la bronchite.*

M. Dujardin-Beaumetz présente : 1° au nom de M. le docteur Burq, une brochure sur l'immunité des ouvriers en cuivre; — 2° au nom de M. le professeur Semmola (de Turin), un travail manuscrit intitulé : *De l'emploi de la glycérine dans le traitement des fièvres aiguës.*

M. Constantin Paul présente : 1° au nom de M. Durand-Fardel, un exemplaire de la troisième édition de son *Traité des eaux minérales*; — au nom de M. Emile Tillot, une brochure intitulée : *De la douche locale.*

M. Fauvel présente au nom de M. le docteur Dunant (de Genève), les Comptes rendus et Mémoires du quatrième Congrès international d'hygiène et de démographie à Genève en 1882.

M. le Président dit qu'il y a lieu de déclarer trois vacances : 1° dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale; 2° dans la section de pathologie chirurgicale; 3° dans la section des Associés libres.

M. Béchamp fait une communication sur la zymase du lait de femme. Il rappelle que, dans une précédente séance, il a annoncé à l'Académie que le lait de femme contient une zymase différente de celle du lait de vache, non seulement par son pouvoir rotatoire plus considérable, mais encore par sa propriété de saccharifier la fécule. M. Blot lui a demandé de s'assurer si le lait de femme, aux différentes phases d'une même traite, contenait toujours la même matière active.

M. Depaul a bien voulu le mettre en état de faire cette vérification, et, grâce à M. le docteur Doléris, M. Béchamp a pu se procurer le lait d'une jeune nourrice dont la santé était parfaite.

Il a d'abord recueilli le lait qui avait séjourné dans la glande; puis le lait a été pris après que l'enfant eut tété; enfin, le lait a été recueilli après une seconde succion de l'enfant, de façon que le troisième échantillon se trouva avoir été trait après dix minutes de succion. Les trois échantillons ont été précipités séance tenante par l'alcool. La suite de l'analyse a été faite au laboratoire du Muséum. Les résultats ont été absolument d'accord avec le fait communiqué par M. Béchamp à l'Académie.

Il est donc un fait certain, vérifié, le lait de femme contient une autre zymase que le lait de vache; et comme le lait de plusieurs traites successives contient la zymase douée de la même activité, il en résulte qu'elle est le produit de la fonction propre de la glande, et non

pas le résultat de quelque altération subie par le lait à la suite de la stagnation dans cette glande.

—

M. Léon Labbé lit, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Gosselin et Jules Rochard, un rapport sur une note lue par M. Weber, médecin en chef de l'hôpital de Vincennes, dans la séance du 10 octobre 1882, et intitulée : *Sur l'étoupe à pansement, purifiée et antiseptique.*

M. Weber et son collaborateur M. Thomas, frappés de ce fait que, dans l'armée, les pièces du pansement de Lister ne pouvaient être employées à cause de leur prix élevé, et de ce que la gaze, le coton ni la gute ne répondaient pas non plus aux désidérata des chirurgiens, ont proposé de leur substituer une substance antiseptique, inaltérable, d'un prix modéré, d'une pureté absolue, d'une propreté et d'une blancheur irréprochables, élastique, douce au toucher, absorbant facilement les liquides sécrétés par les plaies de même que les agents médicamenteux dont on veut l'imprégner.

Ce produit n'est autre que l'étoupe vulgaire préalablement purifiée et saturée plus ou moins d'acide phénique par la volatilisation de ce dernier.

Les essais faits par MM. Gosselin, Berger et Léon Labbé dans leurs services hospitaliers leur ont montré que les pièces de pansement de MM. Weber et Thomas jouissent de propriétés antiseptiques réelles.

Ce pansement absorbe bien les liquides versés par la plaie.

La suppuration, lorsqu'elle a existé sous le pansement à l'étoupe phéniquée, ne leur a point paru avoir d'odeur; elle était généralement abondante et de bonne nature.

A l'aide de ce pansement, il est possible d'obtenir des réunions presque complètes par première intention, à la suite d'ablations de tumeurs, d'incisions et de raclages de trajets fistuleux, etc., etc.

Les pièces de pansement préparées par MM. Weber et Thomas, réunissent, dans la mesure du possible, les conditions recherchées dans la méthode antiseptique appliquée à la chirurgie des armées.

La supériorité sur les pansements à la charpie adoptés jusqu'à ce jour n'est même pas discutable.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser aux auteurs une lettre de remercîment; 2° de déposer honorablement leur travail aux archives. (Adopté.)

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Lunier; — en deuxième ligne, M. Vallin; — en troisième ligne, M. Ollivier; — en quatrième ligne, M. Motet; — en cinquième ligne, M. Legrand du Saulle; — en sixième ligne, M. Mauriac. — Adjoint à la présentation, M. Napias.

Le nombre des votants étant de 74, majorité 38 : M. Lunier obtient 56 voix, M. Vallin 16, M. Motet 2.

En conséquence, M. Lunier ayant obtenu la majorité est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine.

—

M. Jules Rochard lit le *rapport de la commission relative aux conclusions à prendre au sujet de la prophylaxie de la fièvre typhoïde.*

La commission, dit M. le rapporteur, a laissé de côté les questions de thérapeutique et de doctrine pour se borner à soumettre à l'Académie quelques conclusions pratiques exclusivement relatives à la prophylaxie et auxquelles elle pense que l'Académie pourra s'associer sans compromettre son caractère et sans s'écarter de la réserve qui convient à sa haute mission. Voici ces conclusions :

1° La mortalité de Paris s'est accrue d'un cinquième depuis dix ans, par suite de l'augmentation progressive du nombre des décès dus aux maladies infectieuses, et, en particulier, à la fièvre typhoïde. Cette augmentation elle-même a été déterminée par un ensemble de mauvaises conditions hygiéniques qu'il est possible de faire disparaître ou tout au moins d'atténuer dans de très fortes proportions. Nous citerons dans ce nombre :

1° L'encombrement de quelques arrondissements excentriques vers lesquels les populations pauvres ont été refoulées par les grands travaux accomplis dans les quartiers du centre; ces arrondissements sont surtout habités par les ouvriers qui viennent de la province et de l'étranger ;

2° La malpropreté de ces logements garnis et surtout de leurs lieux d'aisance où l'eau manque le plus souvent ;

3° Le mauvais état et le nettoyage insuffisant d'une partie de notre réseau d'égouts;

4° La présence autour de Paris de dépotoirs et de dépôts de voirie beaucoup trop rapprochés de la ville et qui en infectent l'air pendant l'été :

5° La mauvaise qualité des eaux de l'Ourcq, de la Seine et de la Marne qui entrent pour les deux tiers dans l'approvisionnement de Paris et qui n'ont pas la pureté nécessaire pour servir à l'alimentation.

L'Académie pense qu'il est urgent de prendre les mesures nécessaires pour combattre ces causes d'insalubrité. Elle appelle l'attention des pouvoirs publics sur les suivantes qui lui paraissent les plus propres à atteindre le but :

1° Accroître et mieux définir les attributions de la commission des logements insalubres; simplifier son action et faire exécuter ses décisions;

2° Veiller à ce que la police exerce une surveillance incessante sur les logements garnis, afin de s'assurer qu'ils sont proprement tenus et qu'ils ne renferment pas plus de locataires qu'il ne convient;

3° Eloigner de la ville les dépotoirs, les dépôts de voirie; les transporter à une distance suffisante, pour que leurs émanations ne puissent plus nuire;

4° Réparer les égoûts qui sont en mauvais état et en assurer le nettoyage par l'augmentation et la meilleure répartition des eaux consacrées à leur lavage;

5° Prendre les mesures nécessaires pour que les eaux de source soient réservées aux usages alimentaires et distribuées dans toutes les maisons en consacrant celles de la Seine, de la Marne et de l'Ourcq à la propreté de la voie publique.

De plus, et comme corollaire de cette discussion, l'Académie croit devoir appuyer de toute son autorité le vœu depuis longtemps formulé, que tout ce qui touche à la santé publique en France soit, à l'exemple d'autres pays, placé sous une direction spéciale et compétente qui assurerait l'exécution de toutes les mesures d'hygiène publique.

Sur la demande de M. FAUVEL, appuyée par beaucoup de membres, la discussion du rapport de M. Rochard est remise à la prochaine séance.

—

M. Léon COLIN (du Val-de-Grâce) lit un rapport sur le travail de M. Luc Bellos (d'Athènes) sur les *fièvres dites paludéennes*.

Ce mémoire, résultant des observations recueillies en Grèce pendant douze années de pratique, paraît dans son ensemble avoir pour principal objectif la démonstration de l'identité des formes morbides actuellement observées dans ce pays et de celles qui sont décrites dans les œuvres d'Hippocrate.

Ce travail renferme des considérations originales sur la chaleur fébrile, par exemple sur l'action très différente des bains froids suivant qu'ils sont administrés, soit à un sujet en période de chaleur ascendante, comme pendant les premiers stades de l'accès, où le refroidissement ainsi obtenu ne sera que de quelques dixièmes de degré; soit à un malade arrivé au stade suivant, durant lequel ces bains entraîneront une dépression thermique de 2 ou 3 degrés.

Un autre chapitre démontre la fréquence en Grèce de cette fièvre hémoglobinurique, sur laquelle M. Colin a présenté à l'Académie un intéressant mémoire de M. Karamitzas (d'Athènes), fièvre qui n'est autre chose en somme que la bilieuse hématurique observée dans nos diverses colonies, et plus particulièrement au Sénégal.

Le chapitre consacré au diagnostic du *causus* démontre la difficulté, ici comme ailleurs, de distinguer cette affection de la fièvre typhoïde, difficulté d'autant plus sérieuse que cette dernière maladie est actuellement considérée comme « la plus fréquente des maladies fébriles du pays », preuve nouvelle ajoutée à tant d'autres du cosmopolitisme de la fièvre typhoïde, que, pendant longtemps, on a prétendu être l'endémie de la zone tempérée de l'Europe, et particulièrement de la France.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements; 2° de déposer très honorablement son mémoire aux archives. (Adopté.)

—

M. PASTEUR fait une communication sur le différend qui s'est élevé entre lui et la commission de l'Ecole vétérinaire de Turin, et dont il a été plusieurs fois question dans le cours de discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Pasteur communique l'échange de lettres qui a eu lieu entre lui et la commission de Turin, et d'où il résulte qu'à l'offre réitérée faite par lui à la commission d'aller à Turin même répéter les expériences d'inoculation du virus charbonneux, la commission a répondu en demandant que M. Pasteur voulût bien, au préalable, leur tracer le programme des expériences qu'il se proposait d'exécuter. On sait que la contestation porte sur les différences dans

l'état du sang d'un mouton mort charbonneux, suivant qu'on l'étudie dans les premières heures qui suivent la mort ou le lendemain de la mort.

La commission de Turin avait attendu plus de vingt-quatre heures pour recueillir le sang d'un cadavre destiné à contrôler l'immunité acquise par la vaccination charbonneuse. M. Pasteur déclara que la commission avait eu tort d'agir ainsi, parce que le sang inoculé dans ces conditions était à la fois charbonneux et septique.

Tel est l'état de la question : la commission prétendant que le sang du mouton n'était pas septique, et M. Pasteur s'efforçant de démontrer à ses contradicteurs que le sang d'un mouton mort charbonneux devient septique, même douze ou quinze heures après la mort; ce dont il déclare s'être assuré par des expériences faites dans son laboratoire, sous sa direction, par son collaborateur, M. Roux.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 11 au 17 mai 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,206. — Fièvre typhoïde, 48. — Variole, 19. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 47. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 8. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 68. — Phthisie pulmonaire, 225. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 62. — Bronchites aiguës, 36. — Pneumonie, 94. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 47; au sein et mixte, 23; inconnus, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109; circulatoire, 57; respiratoire, 91; digestif, 50; génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 9. — Après traumatisme, 1. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 3.

Résumé de la 20e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 11 au 17 mai, 1,188 naissances et 1,206 décès.

Ce dernier chiffre est notablement inférieur à la moyenne des décès déclarés pendant les quatre dernières semaines, qui est de 1,293.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des nombres de décès entre cette période et la précédente fait ressortir :

Une aggravation pour la Variole (19 décès au lieu de 13), la Rougeole (33 au lieu de 25), la Diphthérie (47 au lieu de 43).

Une atténuation pour la fièvre typhoïde (48 au lieu de 57).

A l'égard des cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un chiffre d'admission, pour la période du 7 au 13 mai, notablement inférieur à celui de la période précédente pour la Fièvre typhoïde (85 au lieu de 129), la Diphthérie (25 au lieu de 37) et supérieur pour la Variole (43 au lieu de 31).

COURRIER

Nécrologie. — M. Leroy, étudiant en médecine, vient de succomber à l'âge de 26 ans à une variole hémorrhagique contractée en soignant les malades du service auquel il était attaché en qualité de stagiaire.

Avis. — M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de Pharmacie, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 27 mai, dans la forêt de Chantilly.

Le départ s'effectuera de la gare du Nord à 8 heures 5 minutes.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 26 mai 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° M. Duroziez, rapport sur la candidature de M. Blondeau, au titre de membre honoraire. — 2° M. Fraigniaud, au nom de M. le docteur Pinaud, du Château (ile d'Oléron) : gangrène sèche du petit doigt, d'origine probablement paludique ; — observation d'un cas d'aintium indigène. — 3° M. Antonin Martin, un cas d'empoisonnement par une décoction de 35 grammes de feuilles de digitale, guérison. — 4° M. Abadie, note sur une forme rare de syphilis héréditaire.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

PACHYDERMIE POST-DOTHIÉNENTÉRIQUE DU MEMBRE INFÉRIEUR PAR TROUBLES CIRCULATOIRES.

Hôpital Saint-Antoine. — (Service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.)

Pachydermie post-dothiénentérique du membre inférieur gauche. — Œdèmes durs ; œdème éléphantiasique et éléphantiasis vrai. — Faux œdème et thrombose lymphatique. — Pachydermie par thrombos lymphatique parasitaire. — Pachydermie par thrombose lymphatique inflammatoire.

Au lit n° 16 de la salle Marjolin se trouve, depuis environ deux mois, un jeune homme de 25 ans, dont l'affection est déjà ancienne et présente des allures cliniques quelque peu insolites. En novembre 1881, ce malade, soldat dans un régiment de ligne de l'armée d'Afrique, était atteint par l'épidémie de fièvre typhoïde qui régnait à cette époque sur la garnison d'Oran, et entrait à l'hôpital militaire de cette ville pour y séjourner durant une année entière. De retour en France avec un congé de réforme, il a été admis successivement, depuis le mois d'octobre 1882, dans plusieurs établissements hospitaliers, pour y suivre sans bénéfice divers traitements avant d'entrer, en dernier lieu, dans le service où il est actuellement en observation.

Essayons, au moyen des circonstances et des signes commémoratifs, ainsi qu'à l'aide des symptômes actuels, de reconstituer l'histoire rétrospective et l'origine de sa maladie. Du 4 novembre au 16 décembre 1881, il a été en puissance d'une dothiénentérie de grave intensité. Vers cette époque, sortant de la torpeur typhoïdique et reprenant conscience de son état, il s'apercevait des troubles fonctionnels

FEUILLETON

CAUSERIES

SOMMAIRE. — Les microbes au Conseil municipal. — Utilité de l'ivresse dans la lutte pour l'existence. — Les maladies du Tonkin. — La réforme du vêtement. — Crédulité populaire aux États-Unis.

Quand je vous disais, dans une de mes dernières *Causeries*, que bientôt les microbes s'infiltreraient partout ! Les voilà au Conseil municipal, où ils ont servi d'argument à M. le Préfet de la Seine pour défendre un des actes de son administration. Il paraît d'ailleurs que la cause était mauvaise, puisque, malgré les microbes venus à la rescousse, elle a été perdue. Pour nous, cela n'a rien d'étonnant ; une maladie peut être grave, mais quand les microbes s'y mettent, c'est comme les vers sur un cadavre, il n'y a plus de ressource.

A première vue pourtant, M. Oustry n'avait pas tout à fait tort. M. Dreyfus et M. le docteur Fiaux demandent à M. le Préfet pourquoi il se permet de refuser les préaux des écoles communales à ceux qui veulent s'en servir comme de local pour les réunions publiques : — « Parce que, répond M. le Préfet, il résulte de ces réunions toujours très nombreuses, la production de microbes et de miasmes qui peuvent nuire à la santé des enfants. » M. Fiaux, tout médecin qu'il est, a trouvé que cette réponse constituait une mauvaise plaisanterie. M. Cochin, non médecin, pense toutefois qu'il y a du bon dans l'argumentation de M. Oustry, car il est de ceux qui croient aux microbes, c'est-à-dire à la réalité scientifiquement démontrée des contagions.

Je ne puis m'empêcher d'être jusqu'à un certain point de l'avis de M. Oustry. Il est hors de

et de la déformation du membre inférieur gauche, altérations qui persistent depuis cette époque, et pour lesquelles il est aujourd'hui encore en traitement.

L'instauration de ces accidents a donc été contemporaine de l'évolution de la dothiénentérie. En l'absence de tout antécédent héréditaire ou acquis, constatons que l'état général actuel est de bonne apparence et certainement hors de cause dans la pathogénie de ces lésions.

Quand on examine le membre inférieur gauche, on est frappé par le gonflement considérable des segments inférieurs de la jambe et du pied. Au moment de l'entrée à l'hôpital Saint-Antoine, cette intumescence, déjà énorme pendant le décubitus dorsal, augmentait encore dans la station debout et donnait à ces régions l'aspect pachydermiqne. La jambe était alors comparable à une sortie de cylindre massif et de dimensions considérables. Dans cette dernière position la douleur était vive, et l'impotence fonctionnelle absolue. Le pied demeurait dans la rotation en dedans, et le malade ne pouvait en appuyer la face plantaire sur le sol. Depuis, cette attitude pathologique s'est modifiée et, grâce à l'atténuation simultanée du volume et de la déformation, le membre a perdu de ses monstrueuses apparences; le malade pose le pied sur le sol, et peut même progresser à l'aide de béquilles.

La peau épaissie a perdu de sa souplesse et de sa transparence habituelles. Celle-ci est remplacée par une coloration plus foncée, dont la rougeur se généralise et devient plus intense pendant les mouvements, et surtout quand il pose le pied à terre.

Néanmoins, la peau du membre ainsi déformée est lisse, tendue, ne présente ni rugosité, ni écaille, ni crevasses, ni solutions de continuité. C'est tout au plus si, par le grattage, on peut détacher quelques minces pellicules épidermiques au niveau du bord antérieur du tibia, où la pigmentation est plus intense. Le système pileux est manifestement plus développé; les poils sont plus longs et, enfin, ce membre est le siège d'une sudation abondante et odorante.

Aux troubles trophiques s'ajoutent encore des troubles de la sensibilité; le malade éprouve de l'engourdissement, une sensation subjective de froid. La température périphérique du membre malade était inférieure de deux degrés à celle du membre sain, au moment de l'admission à l'hôpital : depuis, cette différence thermique est devenue moins grande; mais elle est encore manifeste, même à la palpation. Enfin, au pincement on constate que la sensibilité est moins vive sur le membre malade que sur les points homologues du côté sain.

---

doute qu'une réunion de nombreux ouvriers, dont la plupart se soucient fort peu des règles élémentaires de l'hygiène, doit laisser après elle de nombreux germes ramassés un peu partout, et sinon morbides, du moins malpropres. Si, ce qui est presque certain, plusieurs des assistants ont des malades dans leur famille, le danger de la contagion pour les enfants par l'intermédiaire des réunions publiques est augmenté d'autant. Je me demande même si les microbes laissés par ces Messieurs ne sont pas imprégnés de la virulence des discours qu'ils ont entendu prononcer dans ces séances toujours orageuses, et si ce n'est pas là la source où les enfants vont puiser les doctrines révolutionnaires qui font tant de progrès actuellement. Maudits microbes!

Toutefois, il faut faire remarquer que les préaux scolaires sont en général ouverts à tous les vents, ce qui facilite l'élimination des microbes; que les enfants n'y entrent guère que le lendemain, les séances ayant lieu le soir en général, et que l'air pur a eu le temps de remplacer l'air confiné; enfin, ce que M. Cochin a fait remarquer, dans certaines de ces écoles, qui ont coûté des centaines de mille francs et pourraient recevoir 500 élèves, il y en a à peine quelques-uns. Dans celles-là du moins, le danger n'est pas grand.

***

Jusqu'alors nous étions habitués à ne voir que de mauvais côtés à l'ivresse, sauf de rares exceptions empruntées à la psychologie poétique. Il paraît que l'ivrognerie elle-même a une grande utilité sociale, et M. Mathieu Williams s'efforce de démontrer dans le journal américain *Popular science Monthly* que l'ivresse, conformément à une loi naturelle, élimine de la Société les membres parasites, alors que les plus intelligents seuls survivent.

C'est une application, un peu forcée peut-être, de la loi de Darwin, d'après laquelle le

Au toucher, on n'a pas la sensation que donne habituellement l'œdème sous-cutané; le derme conserve son élasticité; les vaisseaux veineux ne sont pas indurés, qu'on pratique la palpation dans la continuité du membre, ou bien qu'on l'exerce au niveau des dépressions articulaires du creux poplité ou du pli inguinal. Dans ces deux régions, la pression de la main provoque une légère douleur, plus marquée vers la partie moyenne de l'arcade crurale, et permet de constater l'absence de battements de l'artère fémorale gauche. En l'absence de gangrène dans le district irrigué par cette artère, il faut bien admettre que l'induration des tissus périvasculaires masque les battements artériels, ou bien qu'une dérivation supplémentaire s'est développée, compensant la gêne de la circulation de la fémorale gauche.

La sensibilité elle-même est modifiée; par le pincement ou la piqûre, on observe que les nerfs sensitifs de la jambe malade répondent mal aux excitations. Cependant, la région interne du membre est le siège d'élancements douloureux spontanés que le malade redoute; de sorte que, si la sensibilité des terminaisons nerveuses périphériques est atténuée, celle des troncs nerveux demeure intense. Dans le début — circonstance commémorative importante — et pendant quelques jours seulement, on a observé à la surface du segment inférieur du membre, vers le dos du pied et les régions malléolaires, des traînées rougeâtres.

Cette striation fait aujourd'hui défaut et l'irritation inflammatoire des lymphatiques, dont elle témoignait vraisemblablement, est aujourd'hui éteinte. De plus, à cette époque, on pratiqua des ponctions dont il existe encore des cicatrices accusatrices. Le suintement séro-sanguinolent qui les suivit fut de courte durée, et ne diminua ni l'enflure, ni le volume du membre.

L'extrémité inférieure homologue contraste par son aspect avec le membre malade et les autres régions du tronc ou des membres supérieurs; l'exploration des viscères, démontrent l'intégrité de leurs fonctions ou de leurs tissus. Les troubles morbides sont donc localisés aux segments du membre inférieur gauche, et surtout à la jambe et au pied.

En résumé, sur le terrain de l'observation, et quelle que soit l'interprétation diagnostique et pathogénique définitive de ces faits, ce malade possède le signalement clinique suivant : troubles circulatoires anciens sanguins ou lymphatiques, avec intumescence énorme du membre inférieur gauche, consécutifs à la fièvre typhoïde, provoquant directement des altérations de la nutrition cutanée, de la calorification,

---

développement de ce qu'on pourrait appeler la prospérité collective de l'espèce s'obtient par un surcroît de population, par la lutte pour l'existence, pendant laquelle les individus faibles ou inférieurs sont éliminés et remplacés par les survivants les mieux doués. Ceux-ci transmettent plus ou moins leurs qualités à leurs descendants qui, se multipliant encore à l'infini, sont de plus en plus améliorés ou développés dans le cours illimité de l'évolution future. L'histoire de l'évolution sociale humaine le démontre. Aux époques les plus reculées de l'existence de l'homme, les plus aptes à survivre étaient ceux qui, par leur énergie physique, étaient plus capables de combattre les difficultés physiques du milieu. La lutte incessante des différentes tribus octroyait la domination de la terre aux mieux doués pour tout maîtriser ; ainsi l'animal humain, le plus fort et le plus violent, était destiné à vaincre, et par conséquent à survivre.

Puis vint une autre ère d'efforts humains; on eut alors moins besoin de force musculaire, de puissance physique, d'énergie animale, grâce à la science qui concentre et accumule les forces physiques naturelles. Désormais l'animal humain, grossier, qui dirigeait la danse guerrière, la chasse et la bataille, n'est plus destiné à survivre ; il se trouve, au contraire, de plus en plus déplacé dans la Société. L'inaptitude de ceux qui actuellement représentent les sauvages primordiaux est manifeste ; elle est préjudiciable aux intérêts présents et aux progrès de la race.

S'il en est ainsi, il faut trouver le moyen d'exclure de la Société les brutes, d'éliminer l'animal humain, pour donner place au banquet de la civilisation moderne à un plus grand nombre d'hommes dignes d'y paraître, à des hommes plus intelligents, plus raffinés, à des spécimens humains plus distincts. Cette exclusion pourrait s'opérer par quelque moyen naturel ou spontané d'extinction personnelle, effectué par les animaux eux-mêmes. Si ce sacrifice

de l'innervation sensitive, causant l'impotence fonctionnelle de la région; tous symptômes s'accompagnant d'une intégrité relative de l'état général, dont l'ensemble contraste avec l'aspect pachydermique de la région.

Quelle a donc été l'évolution de ces perturbations de la nutrition localisées au membre inférieur? Le début a été brusque; et, dès les premiers jours, le gonflement du membre était énorme. Depuis, la maladie conserve les mêmes allures, augmentant par la fatigue ou les efforts de la marche, pour diminuer par le repos. Stationnaires pendant quinze mois, ils ne diminuent d'intensité que depuis l'entrée du malade dans le service. De plus, cette amélioration toute récente suit une marche lentement et régulièrement progressive.

De quelle nature est donc cette affection? Par son aspect clinique et l'ensemble des symptômes, cette intumescence a quelques-uns des caractères de la pachydermie éléphantiasique, ou bien de ces œdèmes durs qu'on observe parfois consécutivement à la dothiénentérie. Cette pachydermie révèle des altérations profondes de la nutrition du membre, et par conséquent des troubles de la circulation sanguine ou lymphatique.

Est-elle l'aboutissant d'un œdème typhoïdique par thrombose veineuse? Soit; mais que cet œdème soit *mou* ou *dur;* que son aspect soit celui de l'œdème dit *éléphantiasique* (1), il devrait posséder quelques-uns des caractères classiques des infiltrations œdémateuses. Ici, cependant, l'enflure n'est pas dépressible, une forte pression du doigt ne forme pas de cupule, et la peau conserve toute son élasticité. Peu importe, après cela, l'hypothèse d'une thrombose veineuse primitive par inopexie ou par inflammation, puisque l'intumescence du membre est, d'après les faits cliniques, celle d'un pseudo-œdème et non d'un œdème vrai.

Moins justifiable encore serait l'hypothèse d'une forme localisée de l'œdème crétinoïde, puisque la dystrophie du tissu conjonctif dans le myxœdème se généralise toujours aux diverses régions du corps. D'ailleurs cet œdème, ou plutôt *faux œdème*, n'est que l'épisode périphérique de troubles nerveux centraux de l'état cachectique crétinoïde. Certes, le malade n'a pas les troubles cérébraux du crétinisme (Gall), ni les apparences d'un hibernant!

Reste donc la pachydermie éléphantiasique vraie, l'éléphantiasis des Arabes, le classique *morbus Herculeus* d'Arétée. Certes, au temps où l'éléphantiasis était con-

(1) Hutinel. Thèse d'agrégation, 1883, p. 134. Voir *Union méd.*, décembre 1882, p. 14.

individuel est un progrès réel, il n'y a pas lieu de s'arrêter à toutes les objections basées sur des considérations de sentiment purement humanitaires.

Or, ce moyen de sélection est simple, et le but serait atteint par l'emploi des boissons alcooliques; les hommes qui ne s'en servent que modérément, pour exalter leur intelligence, seront les maîtres des autres; ceux qui s'en serviront pour s'enivrer disparaîtront peu à peu et laisseront la place libre aux plus dignes.

***

Puisque nous avons parlé incidemment, dans nos dernières *Causeries*, des maladies que pourraient rencontrer nos nationaux au Tonkin, nous devons reproduire à ce sujet la note suivante publiée dans le *Standard* du 8 dernier, d'autant plus qu'elle est en contradiction complète avec les déclarations un peu trop optimistes de M. Blancsubé. L'honorable député de la Cochinchine pense que le *Tonkin* jouit d'une salubrité parfaite; le *Standard*, confirmant nos propres informations, n'est pas de cet avis, et il énumère toutes les maladies auxquelles sera sujette la prochaine expédition française dans ce pays.

« Les résultats de cette expédition, dit le journal anglais, seront des plus décevants; car il est difficile de voir en quoi peut consister l'état sanitaire du royaume d'Annam. Dans les environs de Saïgon, la mortalité est si grande que les Européens n'ont jamais pu s'y acclimater.

Tout le long des côtes maritimes, les fièvres intermittentes sévissent avec une intensité extraordinaire. Dans la forêt règne la « fièvre des bois » (*Wood-fever*), à laquelle les indigènes mêmes ne parviennent pas à échapper.

De toutes les épidémies, la dysentérie est la plus terrible; il n'y a donc aucune perspective de former une race de créole dans la Cochinchine, vu que les femmes européennes ne sau-

sidéré comme une dystrophie purement inflammatoire, on pouvait trouver des arguments favorables à cette opinion. Une *lymphangite tabellaire* aurait marqué le début des accidents (1) ; l'épaississement de la peau résulterait de la transformation scléreuse du derme (Forster, Weber); la sudation plantaire, d'une hypertrophie des glandes sudorales (Nepveu); l'induration du tissu cellulaire sous-dermique, de l'irritation inflammatoire (Ranvier); mais ces arguments ne sont pas décisifs, et on peut, dans le cas actuel, leur en opposer d'autres.

C'est par poussées, par accès éléphantiasiques, sortes de lymphangites à répétition qu'évolue la pachydermie éléphantiasique. La peau se couvre de saillies, d'inégalités, d'écailles épidermiques, ou de fissures qui donnent lieu aux suintements rebelles ; symptômes dont ce malade est exempt. Et d'ailleurs, la thrombose lymphatique de l'éléphantiasis vrai n'est-elle pas vraisemblablement d'origine parasitaire ? (2) Ici, aucun des signes commémoratifs, aucune des conditions de milieu, de race ou d'hérédité n'autorisent à admettre la présence du parasite ou de son embryon dans le sang ou la lymphe.

Il est donc légitime d'établir une distinction entre la pachydermie de ce malade et les intumescences pachydermiques d'autres origines. Un rapprochement de forme entre les intumescences de l'éléphantiasis, de l'œdème éléphantiasique, ne suffit donc pas pour affirmer que tous les accidents sont identiques. Que la thrombose lymphatique soit inflammatoire, comme dans le cas de lymphangites à répétition, ou bien parasitaire, par séjour d'un embryon dans les canaux lymphatiques, comme dans l'éléphantiasis parasitaire, il ne faut pas oublier que des oblitérations de la veine crurale ont pu aussi produire les mêmes altérations (3) et que, parfois aussi, on les a vu succéder à des lésions inflammatoires du tissu cellulaire sous-cutané. Il est vrai que, dans ce cas, on peut invoquer les travaux de Ranvier, faire appel à l'anatomie comparée et considérer le tissu conjonctif comme un vaste sac lymphatique, de sorte que la lymphangite serait ici encore en cause.

Dans l'espèce, la réserve du diagnostic est d'autant plus nécessaire que la malade

(1) Vulpian. *Société de biol.*, 1856, p. 303, et 1857, p. 309. — Virchow. *Traité des tumeurs*, t. II. — Renaut. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, mai 1872, et *Archives de physiol.*, 1872, p. 501.

(2) Manson. *Med. times and gaz.*, t. II, 1875, et *Customs med. Reports*, t. XIII et XIV. — H. Barth. *Annales de dermat.*, 1881. — *The Lancet*, 1876, p. 778, t. I.

(3) Bouillaud. *Archives gén. de méd.*, t. VI, p. 56.

raient en supporter le séjour, et que les aventuriers seuls n'y restent que jusqu'au moment où ils ont recueilli une fortune assez grande pour les récompenser des risques qu'ils ont courus.

Nous avons bien peur, conclut le *Standard*, que les perspectives commerciales des Français dans cette expédition du Tonkin ne soient pas aussi brillantes qu'ils se l'imaginent. »

Si M. Blancsubé a exagéré dans le sens de l'optimisme, le journal anglais, dont les conseils sont un peu suspects, nous paraît exagérer dans le sens opposé. Néanmoins, il faut en tenir compte, et ne pas oublier qu'une bonne hygiène peut prévenir jusqu'à un certain point l'influence délétère des climats chauds.

***

Chaque année, une nouvelle campagne recommence dans le but de rendre certaines parties du vêtement féminin plus hygiéniques. Tantôt, c'est le chapeau; tantôt, la crinoline; tantôt, ... l'inexpressible. Toujours, c'est le corset. Actuellement, il vient de s'ouvrir à Londres une exposition d'hygiène. Ce n'est pas la première ; on a déjà exhibé, il y a deux ans, les appareils et produits de tous genres destinés au traitement des maladies ou à la préservation de la santé publique et privée ; la spécialité des concours de cette année est le costume, surtout le costume féminin. En présentant des modèles et en faisant des conférences, les médecins et leurs coadjuteurs essaient de réformer la coupe du vêtement de dames. Ils font particulièrement la guerre au corset et aux jupons. Pour les premiers, il n'y a rien à dire qui n'ait été dit cent fois; quand aux seconds, on leur reproche leur poids sur les hanches, l'embarras pour la marche, l'admission du froid et de la poussière ; je m'abstiens de détails.

Voici déjà deux ou trois ans que quelques ladies ont adopté un modèle de pantalon turc

est en voie d'amélioration, circonstance rare assurément dans les éléphantiasis parasitaires ou inflammatoires. Sous l'influence de la compression circulaire et du repos du membre, l'intumescence diminue rapidement, l'épaississement dermique s'atténue, l'équilibre thermique se rétablit entre les deux membres. Cette pachydermie du membre inférieur disparaît donc en même temps qu'on observe le retour d'une meilleure nutrition des tissus; le processus dystrophique est donc ici, d'après M. Dujardin-Beaumetz, sous la *dépendance d'une gêne circulatoire par obstacles vasculaires* et *lymphatiques*. Aller plus loin dans cette affirmation, ce serait entrer dans le domaine des hypothèses.

Ch. Eloy.

BIBLIOTHÈQUE

Nosographie et thérapeutique des maladies de la peau, par le docteur E. Guibout. — G. Masson, 1883.

M. le docteur Guibout a publié, en 1876 et 1879, deux volumes intitulés : *Leçons cliniques sur les maladies de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis.* Ces deux volumes sont une nosographie complète de la dermatologie. Toutes les maladies de la peau y sont passées en revue, les unes après les autres, et successivement étudiées sous toutes leurs faces.

L'ouvrage qui paraît cette année est un nouveau livre; il est conçu d'après un tout autre plan; il a deux parties.

La première partie est un exposé complet, élémentaire et succinct de la dermatologie. Toutes les maladies de la peau, les plus importantes du moins, y sont étudiées et classées d'après leur nature, c'est-à-dire d'après les causes qui les produisent, d'après leurs sièges, d'après leurs symptômes et d'après le traitement qu'elles exigent. L'auteur s'est appliqué tout particulièrement à ce qui concerne le traitement de ces maladies. Cette première partie est donc une sorte de résumé, de manuel de la dermatologie tout entière.

La deuxième partie est sous forme de leçons, elle en comprend dix-neuf. Toutes les questions générales afférentes aux maladies de la peau y sont traitées; questions anatomiques, séméiologiques, étiologiques, thérapeutiques, doctrinales. C'est donc la *pathologie générale de la dermatologie.*

Ces deux parties du livre sont le complément l'une de l'autre; réunies, elles constituent un ensemble nosographique, thérapeutique et doctrinal, qui embrasse et résume la dermatologie tout entière, où les élèves et les médecins trouveront les éléments d'une solide instruction clinique.

---

très long et très large; elles le portent, dit-on, mais à huis clos et sous les vêtements usuels. Il va sans dire que ces dames ne font pas plus de prosélytes, avec leur exemple indécis, que les médecins avec leurs explications catégoriques. Pierre-le-Grand avait vu sa brutalité réformatrice inefficace quand il avait voulu toucher à la mode féminine; la seule chose qui puisse faire changer la toilette, est l'exemple des personnes qui donnent le ton. En aucun pays les femmes ne sont plus esclaves qu'en Angleterre de ce qu'elles considèrent comme le bon genre; il dépend de quelques grandes dames (il est indispensable qu'elles soient de toute respectabilité) de faire adopter le vêtement dit « rationnel ». Je regrette de dire que les paris ne sont pas ouverts; personne ne se trouve disposé à risquer son argent sur la chance du changement. Et puis, choisir le huis-clos pour réformer le costume, et surtout la partie du costume qui se montre le moins!

***

Le *Courrier des États-Unis* raconte une étrange histoire qui prouve jusqu'à quel point les superstitions sont encore enracinées dans certaines classes de la population américaine.

Un de ces derniers dimanches mourait à Toronto (Canada), un homme d'une trentaine d'années, nommé Joseph Hiscock; quelques instants avant de rendre l'âme, il dit à sa femme et à ses enfants qui l'entouraient qu'il allait tomber en catalepsie et qu'il resterait en cet état pendant trois jours.

Aussi, dès que le malheureux fut trépassé, s'empressa-t-on de l'envelopper de chaudes couvertures et de l'asseoir dans un fauteuil en face d'un poêle, de façon que le corps ne se refroidît pas. Par surcroît de précaution, on lui mit un thermomètre sur la poitrine, afin de surveiller les variations de température que pourrait subir le corps, et les différents membres de

JOURNAL DES JOURNAUX

EXTRAITS DU *British medical journal.*

Recherches expérimentales sur l'action du chloral, de l'opium et du bromure de potassium, par les docteurs SYDNEY, RINGER et HARRINGTON SANISBURY. — Le choix de ces médicaments doit être guidé par les indications cliniques. Dans l'adynomie, le chloral et le bromure de potassium présentent des inconvénients qui ne sont pas ceux de l'opium. D'autre part, ce dernier provoque des troubles de l'estomac et du foie, de l'inappétence et de la paresse intestinale que ne causent pas les substances précédentes. Chez les cardiaques, le bromure de sodium n'a pas les dangers du bromure de potassium qui, comme tous les sels potassiques, est un toxique de la fibre musculaire du cœur. De là son utilité comme hypnotique à la place du bromure de potassium et même comme calmant, à la place du chloral et de l'opium. Ce mémoire donne donc des conclusions pratiques assurément, mais déjà connues.

Malformation des deux genoux, par le docteur HUBERT SELLS. — A première vue, la rotule paraissait manquer des deux côtés et être remplacée par une dépression. Les mouvements de la hanche étaient libres, les cuisses présentaient une courbure dont la concavité était dirigée en avant. Les jambes avaient une forme normale. La rotule était transposée et occupait la région postérieure du genou dans le creux poplité et recouvrait l'artère poplitée; cet os était fixé par des attaches tendineuses au fémur et au tibia, et les mouvements du genou étaient possibles seulement dans un sens inverse de celui des mouvements normaux.

Recherches sur les causes de la fréquence actuelle en apparence plus grande du cancer, par le docteur H. DUNN. — L'accroissement relatif de cette affection serait due aux mesures de protection de l'enfance qui permettent à un plus grand nombre de personnes d'atteindre l'âge adulte et à l'augmentation de la population par la plus grande fécondité des femmes. L'immunité de certaines contrées de l'Angleterre ou du pays de Galles est apparente seulement; elle résulte de ce que la population adulte de ces contrées succombe dans une plus large proportion à d'autres affections. On peut en conclure que la distribution topographique de la mortalité cancéreuse est la même dans les diverses parties de l'Angleterre.

De l'acide picrique comme moyen de reconnaître la présence de l'albumine et du sucre dans l'urine, par G. JOHNSON. — C'est sous forme de solutions saturées ou de cristaux d'acide picrique en nature que le docteur Johnson a employé cet agent pour produire la coagulation et l'opalescence des liqueurs albumineuses. Ce réactif est plus sensible que les autres procédés d'analyse. Le caillot albumineux forme une pellicule intermédiaire aux zones colorées en jaune et incolores de l'urine, contenue dans un tube. Ce réactif peut être aussi employé pour la recherche du sucre dans les urines.

---

la famille continuèrent à vaquer à leurs occupations en attendant le retour à la vie du prétendu cataleptique.

Cette étrange facon de traiter un mort aurait été inspirée à la famille Hiscock par son médecin, un certain docteur Hall, qui avait donné ses soins au défunt depuis le commencement de sa maladie. En fait de remèdes, le docteur Hall ne donnait que des fruits, et c'est avec des oranges, des noix et des figues qu'il traitait Hiscock; puis, chaque nuit, il soumettait le malade à une violente transpiration, qu'il arrêtait le matin à l'aide d'une aspersion d'eau glacée, de façon, disait-il, à « resserrer les pores et à l'empêcher de prendre froid. »

Le *Courrier des États-Unis* blâme ce mode de traitement, mais comme il ne nous dit pas de quelle maladie était atteint le patient, nous ne pouvons nous prononcer ni pour ni contre son opinion.

Malgré tout, les parents d'Hiscock ont conservé la plus grande confiance dans le docteur Hall et l'ont envoyé chercher aussitôt que celui-ci eut rendu l'âme. Le docteur arriva et s'installa auprès du cadavre, attendant son réveil, dont il ne doutait pas plus que les membres de la famille. Cependant, en dépit des couvertures et du poêle, le corps se refroidissait graduellement; il fut bientôt glacé et rigide.

N'importe, le docteur était sûr de son fait, le malade se réveillerait au bout du troisième jour; et pour qu'il ne mourût pas de faim pendant cet intervalle, le docteur avalait une quantité d'oranges et de fruits de toute sorte, prétendant ainsi nourrir le malade, qui ne pouvait rien prendre lui-même. Au bout du second jour, le corps commença à se décomposer de telle façon qu'il ne fut pas possible de douter de la mort d'Hiscock.

Le docteur Hall ne se tint pas pour battu et déclara avec un grand sang-froid que son malade avait dû mourrir de peur pendant l'état cataleptique. On se rappela, en effet, qu'une

Un nouvel agent thérapeutique contre l'hydrocèle, par M. WALKER. — A la suite de la ponction classique, on injecta par mégarde une solution d'ergotine au lieu de teinture d'iode dans la cavité séreuse. Le malade guérit en trois jours, sans douleur. Depuis, l'auteur déclare avoir employé cette même solution dans deux autres cas et avec un égal succès, il l'attribue à une action spécifique de l'ergot pour rétablir l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption du liquidde. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Bien qu'on ne se serve plus guère de sangsues, il nous paraît intéressant de reproduire la la note suivante de M. G. Carlet sur la morsure de ces précieux annélides qui ne seront pas toujours aussi négligés qu'ils le sont actuellement.

« Le procédé par lequel s'accomplit la morsure n'est que très incomplètement connu : on sait simplement que cette opération se fait au moyen de trois mâchoires denticulées dont l'anatomie seule a été bien étudiée.

Aussitôt après la fixation, la partie antérieure du corps de la sangsue se redresse brusquement, de façon à simuler un sabot de cheval posé sur le sol. Cette position, qui précède immédiatement la morsure, est obtenue par la contraction des fibres musculaires longitudinales de la partie relevée, qui sert alors de point d'appui aux muscles des mâchoires. Dès que ceux-ci entrent en action, on les voit s'accuser par trois saillies, puis trois dépressions, qui se succèdent avec un synchronisme parfait, suivant qu'il y a contraction ou relâchement. Ces mouvements peuvent être perçus directement, en comprimant légèrement la région pharyngienne entre deux doigts; j'ai même pu les enregistrer et j'ai vu ainsi qu'ils se succèdent, sans repos intermédiaire, à raison de deux contractions par seconde.

Pour étudier la façon dont s'effectue la morsure, j'ai appliqué des sangsues sur la peau rasée d'un lapin convenablement fixé, en ayant soin de les détacher à divers moments.

1° Si l'on soulève, avec précaution, au moyen d'un petit crochet, un point du pourtour de la ventouse, dès que la partie qui la surmonte s'est redressée en forme de pied de cheval, on voit que la peau s'est soulevée en mamelon et, si l'on enlève complètement la sangsue, on peut vérifier que ce mamelon n'a subi encore aucune atteinte. C'est là une phase qu'on peut appeler *période préliminaire de la morsure,* et qui n'a aucun rapport sur la fixation ; car, si l'on fait progresser une sangsue sur une feuille de papier très mince, on n'aperçoit par-dessous aucun enfoncement de papier correspondant à la fixation des ventouses.

2° Si l'on détache la sangsue *aussitôt après* que les mouvements de la région pharyngienne

---

chaise s'était renversée avec bruit dans la chambre où se trouvait le mort, et l'explication du docteur fut trouvée toute naturelle par la famille, qui se décida enfin à faire enterrer Hiscock.

Si les charlatans ont la vie si facile en France, on peut s'étonner à bon droit de les voir venir exploiter notre pays, où, malgré la mansuétude de notre législation à leur égard, ils attrapent encore par ci par là quelques semaines de prison.

SIMPLISSIME.

CONCOURS. — La Société de médecine d'Anvers met au concours, pour l'année 1883, les diverses questions suivantes :

1° Exposer les recherches modernes sur la pathogénie de la tuberculose ;

2° Etudier comparativement les différents modes de traitement du diabète ;

3° Etudier l'influence des maladies du cœur sur les femmes enceintes et réciproquement l'influence de la gravidité sur les maladies du cœur ;

4° Faire connaître l'état actuel de la science sur le rôle que jouent dans la pathologie, tant interne qu'externe, les germes, vibrions, microspores, parasites en général, en s'appuyant sur les démonstrations et les expériences.

La date de la clôture du concours est fixée au 30 novembre 1883. Les prix consistent en une médaille d'or et de vermeil, ou mention honorable, selon la valeur du mémoire. Outre ces prix, les auteurs des mémoires couronnés seront nommés correspondants de la Société et recevront gratuitement 50 exemplaires de leurs travaux.

Les mémoires devront être envoyés, sous les formes académiques ordinaires, au secrétaire de la Société, docteur W. Schleicher, 41, rue Ommeganck.

ont donné le signal de l'action des mâchoires, on trouve, sur la peau, trois incisions linéaires équidistantes et ne se rencontrant pas.

3° Si le détachement de la sangsue a lieu *quelques instants après* le début de la morsure, on observe trois déchirures figurant un trèfle dont les folioles ne se rencontrent pas. Si, à ce même moment, au lieu de détacher la sangsue, on la sectionne d'un coup de ciseaux dans la région œsophagienne, elle ne cesse pas de mordre, comme on peut s'en assurer à l'inspection des mouvements du pharynx; mais on observe encore aucun écoulement de sang par l'orifice œsophagien.

4° Si, sur ce tronçon de sangsue qui continue à mordre, on attend que le sang s'échappe par la section de l'œsophage et qu'on détache alors le tronçon, on voit que les trois folioles du trèfle se sont rejointes au centre de façon à former, par le retrait des lambeaux de la peau, une blessure ayant la forme d'un triangle dont les trois médianes correspondent aux trois mâchoires.

5° On peut quelquefois, sur une sangsue en train de mordre, soulever une portion assez étendue de la ventouse pour pouvoir observer facilement le mouvement des mâchoires. On voit alors celles-ci *s'écarter* l'une de l'autre, en même temps qu'elles *s'enfoncent* dans la blessure, puis *se rapprocher* en même temps qu'elles *se relèvent*.

En résumé, les denticules des mâchoires ne sont pas assez fortes pour produire, d'un seul coup, une blessure qui donne lieu à un *écoulement* de sang, et elles agissent à plusieurs reprises. Que l'on imagine un scarificateur à trois lames dentées et équidistantes, qui s'écarteraient l'une de l'autre en même temps qu'elles s'enfonceraient dans la peau. En faisant fonctionner l'instrument plusieurs fois de suite à la même place, on aura un idée assez exacte de l'armature pharyngienne et du mécanisme de la morsure de la sangsue. »

—

M. Robin présente, de la part de M. Magnin, une note sur la reproduction directe des ténias.

A l'autopsie d'un jeune chien d'appartement, mort à l'âge de quatre mois d'attaques épileptiformes qui le tourmentaient depuis un mois, j'ai trouvé, dit l'auteur, dans ses intestins trois grands ténias de l'espèce *Tænia serrata* de Gœze, de 0m50 à 0m80 de long, qui avaient au moins deux mois d'âge, et une douzaine de jeunes ténias ayant depuis 0m03 jusqu'à 0m10 et 0m15 de longueur. Il est certain que les grands ténias ont été contractés au chenil où le jeune chien a été élevé, soit par un contact plus ou moins direct avec d'autres chiens, soit par une alimentation ou des boissons contenant des germes de ténias; quant aux jeunes ténias de quelques millimètres de longueur et qui n'ont par conséquent que quelques jours d'existence (d'après les expériences de Van Beneden, un ténia de dix-huit jours ayant plusieurs pouces de longueur), il est impossible d'expliquer leur présence autrement que par une reproduction directe au moyen d'œufs fournis par les grands ténias et éclos dans les intestins, car pendant le dernier mois de la vie du jeune sujet où je l'ai eu constamment sous les yeux, je suis absolument certain que sa nourriture a été d'une pureté parfaite, et qu'il n'a ingéré ni cysticerque ni cœnure que l'on regarde encore à tort comme les seuls germes pouvant donner des ténias.

C'est donc un exemple de reproduction directe de ténias sans l'intervention d'une migration larvaire quelconque.

Une preuve que chez l'homme lui-même les cucurbitains ou proglottis de ténias, détachés du strobile, peuvent séjourner longtemps dans l'intestin, s'y promener, s'y vider de leurs œufs et même y végéter et y acquérir des dimensions extraordinaires, est fournie par des proglottis que je possède et qui ont été rendus par un garçon de café : ces proglottis ont de 0m035 de long sur 0m005 de large et ne montrent plus que de très rares œufs épars dans leur trame. C'est par l'éclosion des œufs ainsi pondus dans l'intestin et par la pénétration des embryons dans les tissus, que s'explique le développement de la ladrerie chez l'homme et chez le chien, et ce sont probablement des cas de reproduction directe des ténias dans l'intestin que ces exemples, fournis assez fréquemment par l'espèce humaine, de persistance pendant plusieurs années d'une infection de ténias.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 décembre 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal de médecine de Paris*, le *Journal des sages-femmes*,

Le Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat, de 1881 à 1882 (36e année), par le docteur Gilbert Trapenard.

Une brochure de M. Bertherand, membre correspondant, intitulée : *Le Moustique.*

—

M. le docteur Adolphe Dumas envoie, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, les mémoires suivants : *Trois cas de contagion de la fièvre typhoïde. Origine fécale de la maladie. — Cas d'hymen persistant après un an de mariage.*

—

M. Abadie fait hommage à la Société, au nom du docteur Barataux, d'un travail intitulé : *Pathogénie des affections de l'oreille, éclairée par l'étude expérimentale.*

A la suite d'expériences fort bien conduites, M. Barataux est arrivé à des résultats intéressants sur le rôle du grand sympathtque et du trijumeau dans la pathogénie de certains états morbides de l'appareil auditif.

Voici quelques-unes des principales conclusions auxquelles est arrivé M. Barataux.

La section du grand sympathique détermine, au bout d'un certain temps, une hypérémie de l'oreille externe, et surtout de l'oreille moyenne, parfois même la suppuration de cette dernière.

La section du trijumeau engendre de plus grands désordres et en un temps moins long, ce qui prouverait que ce nerf contiendrait plus de nerfs vaso-moteurs que le grand sympathique, du moins pour ce qui est de l'oreille.

Enfin une piqûre du centre vaso-moteur qui se trouve à la partie supérieure de la moelle produit une altération remarquable de l'organe auditif caractérisée par un hémorrhagie du labyrinthe, et surtout du limaçon parfois même d'une ecchymose du pavillon.

—

M. Collineau lit, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Charpentier et Marchal, un rapport sur le candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Adolphe Dumas (de Cette).

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées,

—

M. Abadie communique à la Société une analyse qu'il a été chargé de faire à propos d'un mémoire de M. Rougier (de Marseille), membre correspondant, intitulé : *Électricité statique médicale; hypnotisme curatif.*

Messieurs,

Dans le travail de M. Rougier, nous trouvons d'abord une observation de paralysie faciale survenue chez un jeune homme de 22 ans, rhumatisant, et qui s'était exposé à l'action du froid.

M. Rougier a fait usage de l'électricité statique, et, dès la deuxième séance, il a pu constater le retour de la mobilité dans les muscles paralysés. Ce cas est remarquable par la rapidité de la guérison. Mais nous ferons observer que ces paralysies périphériques *a frigore* guérissent le plus souvent spontanément, et que dans tous les cas l'électricité sous toutes les formes et en particulier les courants continus, agissent presque toujours d'une façon favorable. Comme ici l'électricité statique a été seule employée, il est permis de croire que peut-être les courants galvaniques auraient donné le même résultat. Le cas eut été plus intéressant si l'électricité statique avait réussi là où les autres moyens plus connus et plus faciles à mettre en œuvre eussent échoué.

La deuxième observation du travail de M. Rougier a trait à une enfant de 12 ans atteinte de kératite parenchymateuse guérie aussi par l'électricité statique.

En lisant attentivement les détails de cette observation, on est tout d'abord conduit à faire quelques réserves au sujet du diagnostic; en effet, M. Rougier parle de vaisseaux développés *à la surface* de la cornée, d'un pannus ténuis, ces caractères appartiennent plutôt à la kératite vasculaire strumeuse qu'à la véritable kératite parenchymateuse. L'affection oculaire de cette enfant paraît s'être reproduite à plusieurs reprises, c'est encore là plutôt le fait de la kératite vasculaire strumeuse que de la kératite parenchymateuse proprement dite. Quelle que soit du reste la lésion cornéenne qui ait existé chez cette petite malade M. Rougier attribue l'amélioration obtenue à l'emploi de l'électricité statique. Il nous est difficile d'accepter cette conclusion. Autant nous croyons l'électricité sous n'importe quelle forme un agent thérapeutique de premier ordre quand il s'agit de perturbations dynamiques, de troubles de la sensibilité et de la motilité, autant nous avons peu de confiance en sa puissance quand il s'agit de lésions matérielles et organiques. Si encore l'électricité avait été appliquée *loco dolenti*, elle eut pu avoir quelque influence sur la circulation et par suite sur

la nutrition de la région malade. Mais nous ne pouvons que difficilement accepter son action alors que le corps tout entier et non spécialement l'œil était électrisé.

Nous ferons remarquer, du reste, qu'il a fallu 40 séances d'électricité pour atteindre ce résultat où quelquefois la kératite vasculaire s'améliore spontanément, et il est à présumer qu'il a dû en être ainsi dans le cas de M. Rougier.

La troisième observation concerne un jeune adolescent de 17 ans, sujet à des accès de névralgies hypogastriques s'irradiant au cordon testiculaire gauche, qui a été guéri par l'hypnotisme.

C'est, à nos yeux, un cas d'hystérie chez l'homme qui a été favorablement modifié par l'hypnotisme, comme il l'eût été par les aimants, la métallothérapie, en un mot par l'un quelconque des agents qu'on désigne aujourd'hui sous le nom d'œsthésiogènes. L'intérêt de l'observation de M. Rougier, c'est qu'elle remonte à une époque où l'étude de l'hystérie n'occupait pas une si grande place dans la pathologie nerveuse. Aujourd'hui, depuis les travaux de l'Ecole de la Salpêtrière, ces questions sont devenues familières à tous les médecins, au moins en ce qui concerne l'hystérie chez la femme. Actuellement, on commence à s'occuper de l'hystérie chez l'homme. Récemment, M. Sevestre et M. Debove ont fait des communications importantes sur ce sujet, à la Société médicale des hôpitaux; et M. Charcot en a fait l'objet de sa dernière leçon clinique.

En y prêtant attention on trouve que, chez l'homme, l'hystérie, allant même jusqu'aux grandes attaques, n'est pas chose très rare; elle affecte les mêmes allures symptomatiques que chez la femme. On y observe l'hémianesthésie, l'amblyopie monolatérale, le phénomène du transfert, etc. Tous ces signes n'étaient malheureusement pas connus à l'époque où M. Rougier a observé son premier malade; sans cela, il les eût certainement cherchés, trouvés et décrits. L'hystérie de l'homme, comme celle de la femme, est justiciable des agents œsthésiogènes; aussi la névralgie testiculaire en question, qui correspond à la névralgie ovarique de la femme, a-t-elle guéri par l'hypnotisme.

Les observations de M. Rougier présentent donc un certain intérêt, parce qu'elles se rapportent à une époque où les manifestations si variées de l'hystérie étaient moins bien connues qu'aujourd'hui. Elles prouvent, en outre, que l'importance thérapeutique de l'électricité statique avait été pressentie à une époque où ses applications semblaient de nouveau devoir retomber dans l'oubli.

En conséquence, nous vous proposons de vouloir bien inscrire le travail de M. Rougier dans les Bulletins de la Société.

M. ROUGON confirme les réflexions de M. Abadie et fait observer que l'hystérie chez l'homme a été affirmée, il y a trente ans, par M. le docteur Goarant, médecin de la marine, dans une thèse présentée à la Faculté de Paris en 1853, ayant pour titre : *Cas d'hystérie chez l'homme; quelques observations à ce sujet.*

M. DE BEAUVAIS rappelle que le docteur Desterne a parlé, en 1848, de l'hystérie chez l'homme et du traitement du paroxysme hystérique par le chloroforme.

(La fin à un prochain numéro.)

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 28 mai au 2 juin 1883.

Lundi 28. — M. Sauvat : Recherches sur l'action physiologique de l'iodoforme. (Président, M. Béclard.)

M. Schreider : Contribution à l'étude de la pathogénie des ulcères idiopathiques de la ambe. (Président, M. Verneuil.)

M. Chatelain : De la putréfaction fœtale intra-utérine. (Président, M. Depaul.)

M. Richard : De l'asthénie syphilitique. (Président, M. Fournier.)

Mardi 29. — Pas de thèses.

Mercredi 30. — M. Soulier : Contribution à l'étude expérimentale de l'action physiologique du sulfate de quinine (action sur la circulation, pouvoir toxique, effets convulsivants). (Président, M. Vulpian.)

M. Lemonnier : De la glossite exfoliatrice méningée. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 31 mai et vendredi 1[er] juin, pas de thèses.

Samedi 2 mai. — M. Abeille : Etude sur le cancer primitif du rein. (Président, M. J

M. Boucher : La Salpêtrière de 1656 à 1790. (Président, M. Laboulbène.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LA GALE. — VEZIN.

Fleurs de soufre, savon blanc, axonge, *ââ*. 180 grammes.
Hellébore blanc pulv. . . . . 8 —
Nitrate de potasse pulv. . . . . 0 gr 50 centigr.

F. s. a. — Une pommade conseillée contre la gale. — N. G.

TRAITEMENT DES ULCÈRES DE LA CORNÉE. — GUNN.

Lorsque l'ulcère est profond, à bords irréguliers, mal limité, entouré de parties infiltrées avec ou sans hypopion, aucun remède ne réussit bien que l'ésérine, instillée 5 ou 6 fois par jour. En outre, on baigne l'œil toutes les 1/2 heures, pendant quelques minutes, avec une décoction chaude de têtes de pavots, et on prescrit la quinine à l'intérieur, 3 fois par jour. S'il existe une vive douleur, on instille l'atropine, et on pratique des fomentations belladonées Dans ce cas la guérison est moins rapide, et les résultats obtenus moins satisfaisants. — Lorsqu'un abcès s'est produit dans la cornée, ou lorsqu'on constate autour de l'ulcère une infiltration de pus, on pratique une incision linéaire à travers le tissu malade, et on instille de l'ésérine. — Dans le cas d'ulcères vasculaires, avec photophobie, le séton à la tempe est indiqué. — Si l'ulcère est atonique, on le touche avec un pinceau fin, trempé dans une solution de nitrate d'argent. — Pour l'ulcère phlyctémulaire superficiel sans photophobie prononcée, insufflation de calomel, ou bien pommade à l'oxyde jaune de mercure, une fois par jour. Enfin dans tous les cas d'ulcère de la cornée, le malade doit éviter la lumière, et demeurer dans une chambre obscure. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Un très honorable confrère, le docteur Toussaint, médecin retraité de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, est mort le 18 mai, à Lannion, dans sa 82e année. Il a succombé à une affection prostato-cystique, ayant amené l'ischurie.

La famille du docteur Toussaint présente un exemple remarquable de longévité. Son père est mort à 92 ans, sa mère à 94. Un de ses frères aînés avait passé quatre-vingts ans; un autre, qui, à la vérité, était cardiaque, n'est parvenu qu'à sa 76e année. Enfin deux sœurs, les demoiselles Toussaint, qui ont l'une 79 ans, l'autre 75, jouissent encore de toutes leurs facultés.

Autre particularité, Mme Toussaint a eu, à l'âge de 50 ans, un dernier fils, qui est maintenant sexagénaire.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Un concours pour la nomination à treize places d'agrégés des Facultés de médecine de France (sections anatomiques, physiologiques et naturelles) s'ouvrira à Paris le vendredi 1er juin 1883, à quatre heures du soir.

Le jury se composera de MM. Béclard, président, Baillon, Sappey, Robin, Vulpian, Tillaux, Cadiat, Oré (de Bordeaux) et Feltz (de Nancy), juges titulaires, et de MM. Laboulbène, Cornil, Richet et Duplay, juges suppléants.

— Un concours pour la nomination à onze places d'agrégés des Facultés de médecine d France (section des sciences physiques) s'ouvrira à Paris le vendredi 1er juin 1883, à quatre heures du soir.

Le jury se composera de MM. Gavarret, président; Wurtz, Regnauld, Bourgoin, Gariel, Monoyer (de Lyon), Engel (de Montpellier), juges titulaires, et de MM. Hayem, Panas et Bouchardat, juges suppléants.

— La Société nationale d'Acclimatation de France tiendra sa séance publique annuelle de distribution des récompenses, le vendredi 25 mai prochain, à deux heures précises, sous la présidence de M. Bouley, de l'Institut, au théâtre du Vaudeville.

—

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

M. le docteur H. Roger, président de l'Association générale des médecins de France, et M. le docteur Foville, secrétaire général, nous ont donné communication d'un vœu émis dans la dernière assemblée générale, et d'un commencement d'exécution qui l'a suivi. Nous reproduisons volontiers l'appel qu'ils adressent à tous nos confrères dans l'intérêt de cette création nouvelle.

M. le docteur Boutequoy, au nom de la Société de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine, dont il est le président, s'est exprimé en ces termes :

« Chacun de vous a pu être témoin de l'embarras qu'éprouvent les jeunes médecins au « sortir de l'école, pour se choisir une résidence, quand ils ne sont pas fixés à l'avance soit « par des convenances de famille, soit par des raisons quelconques. Faute de connaître des « localités parfois très avantageusement situées, dont les habitants réclament des médecins « sans en obtenir, un trop grand nombre en sont réduits par nécessité à se fixer dans des « postes médicaux sans avenir, où ils végètent, à moins qu'ils ne tentent la fortune dans les « grandes villes, au risque de tomber dans le charlatanisme, quand le succès se fait attendre « trop longtemps. L'Association générale ne pourrait-elle pas, par une intervention bien « comprise et salutaire, en favorisant les débuts de nos jeunes confrères, en préserver plus « d'un de la misère et des défaillances qu'elle peut entraîner, en même temps qu'elle facili- « terait le recrutement des médecins dans des pays qui en sont déshérités?

« Établir au siège de l'Association générale, à Paris, un centre d'informations, auquel « seraient adressés, par les soins des bureaux des Sociétés locales, des avis, des renseigne- « ments sur toutes les vacances des postes médicaux qui viendraient à se produire dans « leurs ressorts respectifs, par suite de décès, ou autrement, ne serait-ce pas pratiquer une « sorte d'assistance préventive, préservatrice même dans bien des cas, en tendant la main « aux confrères débutants et embarrassés, au grand intérêt du Corps médical et de l'huma- « nité tout à la fois?

« L'adoption de cette proposition aurait pour effet d'attirer dès le début de leur carrière « les jeunes médecins dans le sein de l'Association générale, et de les y retenir, ne fût-ce « que par la reconnaissance des services rendus. »

Ce vœu a été pris en considération par l'assemblée, et il a été renvoyé à l'examen du Conseil général. Celui-ci a nommé, dans sa séance du 20 avril, une commission chargée d'étudier la question et d'en préparer la solution pratique.

M. le docteur Martineau, secrétaire de l'Association et rapporteur de la Commission, a proposé au Conseil général, dans sa séance du 4 mai, d'adopter le principe et de procéder immédiatement à un premier essai de son application. Les résultats obtenus dans cette voie, d'ici à la prochaine assemblée générale, constitueraient évidemment l'élément principal de la résolution qui devra être adoptée d'une manière définitive.

M. Martineau a bien voulu, en outre, se charger de tenir un registre où toutes les demandes ou offres d'emploi seront inscrites et de communiquer ce registre à tous ceux qui auront intérêt à le consulter; mais pour qu'il puisse mener à bien cette tâche laborieuse, le concours des bureaux des Sociétés locales est indispensable.

Il est à désirer que nos confrères, pour contribuer au succès de la création nouvelle et à son développement progressif, signalent sans retard à M. Martineau tous les postes médicaux de leur circonscription qui seraient vacants ou sur le point de

le devenir; il importerait de lui donner, en même temps, des indications aussi précises et aussi détaillées que possible sur les charges et les produits du poste vacant, et sur tout ce qui peut intéresser les médecins disposés à s'y rendre.

Il ne serait pas moins utile de faciliter aux médecins, membres de l'Association, les moyens de se faire remplacer temporairement dans leur clientèle, soit pendant une maladie, soit pendant un voyage. Toutes les demandes de ce genre seront également reçues par M. Martineau, et communiquées par lui aux intéressés.

Le bureau de l'Association compte s'adresser aux doyens des Facultés de médecine, aux directeurs des Écoles secondaires, aux administrateurs et directeurs des grands Hôpitaux, afin de donner la plus grande publicité possible à cette organisation, et de la porter à la connaissance des étudiants et des jeunes docteurs.

ÉTUDES DE CLINIQUE CHIRURGICALE

NOTE SUR L'INNERVATION COLLATÉRALE A PROPOS D'UNE RÉSECTION DU NERF MÉDIAN,

Par L.-G. Richelot, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Lorsqu'un tronc nerveux du membre supérieur a été sectionné, la zone musculaire et cutanée où se répandent ses filets perd à la fois, mais non toujours et d'une manière absolue, les mouvements et la sensibilité.

Il y a vingt ans, quelques observations curieuses de Paget, Nélaton et Laugier firent croire un instant qu'avec la suture des nerfs on pouvait rétablir du jour au lendemain leur double fonction. Il n'en est rien, malheureusement, ni pour la sensibilité, ni pour les mouvements.

Pour la sensibilité : le fait observé en 1867 par M. Richet, qui, après une section du nerf médian au-dessus du poignet, trouva le bout périphérique sensible vingt-quatre heures après l'accident et avant toute tentative de réunion, plaça la question sur son véritable terrain, en montrant qu'il s'agissait là, non d'une sensibilité de retour, mais d'une sensibilité conservée. Ensuite vinrent les travaux d'Arloing et Tripier sur la sensibilité récurrente. J'ai contribué aussi, par des observations nouvelles et par une étude plus complète de la distribution des nerfs de la main, à établir les lois qui président à cette restauration des fonctions nerveuses (1). Sans revenir sur tous les travaux qui ont vu le jour, rappelons seulement que la conservation ou le retour de la sensibilité cutanée se fait par des voies collatérales, les nerfs voisins fournissant des fibres qui s'unissent au nerf blessé, soit par anastomose directe au-dessous de la plaie, soit en traversant d'abord le plexus intra-dermique et suivant dans l'épaisseur du bout périphérique un trajet récurrent. Dans aucun fait, il n'est permis d'invoquer la réunion immédiate de la plaie nerveuse, provoquée ou non par la suture, ni même une régénération plus ou moins tardive.

Pour les mouvements : les observations de Nélaton et de Laugier, comme nous le verrons plus loin, ne supportent pas l'analyse; une page de Duchenne de Boulogne, où il est question de la régénération nerveuse et que je rappellerai en terminant, ne nous autorise pas à la considérer comme un résultat thérapeutique immédiat ou précoce, sur lequel on puisse compter pour prévenir les atrophies musculaires et les déformations persistantes. Il faut renoncer jusqu'à nouvel ordre à cet immense progrès que la physiologie nous a fait entrevoir, mais qu'elle n'a su réaliser que chez les animaux, dans certaines conditions expérimentales. Et pour comble de malheur, rien jusqu'ici n'a pu nous faire supposer qu'il y ait, pour les muscles, une innervation collatérale.

Or, s'il est intéressant de constater, après les blessures des nerfs, le retour de la sensibilité par un mécanisme inattendu, nous devons convenir que ce phénomène

(1) *Archives de physiol.*, 1875. — *Union méd.*, 15 et 18 août 1874, 25 septembre 1877, 1er mars 1879. — *France méd.* et *Bull. de la Société clinique*, 1881, p. 120.

est resté jusqu'ici à l'état de simple curiosité, et qu'il n'a pas rendu grand service aux malades. Demandez à un blessé qui, après la section du nerf cubital, assiste à la flexion progressive de ses doigts et voit s'établir fatalement l'irrémédiable griffe, si un atome de sensation sur la face dorsale ou palmaire l'intéresse peu ou prou. Ce qu'il vous demande, c'est la liberté de ses mouvements, c'est le rétablissement des fonctions musculaires.

Nous devons donc avouer que nous ne savons pas encore, au sens propre du mot, guérir les plaies nerveuses (je parle, bien entendu, des sections complètes). Et ce qu'il faut chercher plus que jamais, c'est la solution du problème de la régénération chez l'homme.

En attendant que ce but éloigné soit atteint, il est bon de noter au passage tous les faits qui jettent quelque lumière sur les phénomènes consécutifs aux blessures des troncs nerveux. C'est à ce titre que la relation suivante, où sont étudiées les modifications des mouvements et de la sensibilité après une résection du nerf médian, m'a paru digne d'attirer l'attention (1).

Jean-Baptiste B... est un homme de 26 ans, qui s'est fait, à l'âge de 7 ans, une fracture compliquée de l'extrémité inférieure de l'humérus droit. Au moment de l'accident, le pouce et l'index ont été, au dire du malade, absolument paralysés. Des fistules s'établirent, qui pendant longtemps donnèrent passage à des esquilles, et la cicatrisation ne fut complète qu'au bout d'une année. Le malade guérit avec une ankylose du coude à angle droit, des muscles très amincis et des mouvements très imparfaits.

Il entre à la Pitié le 30 décembre 1882 (service de M. Verneuil, salle Michon, n° 25), pour de violentes douleurs au niveau de la cicatrice et dans les régions voisines. Voici l'état du membre :

Au-dessus du coude, immobilisé dans la flexion, est une cicatrice haute et large de plusieurs centimètres, et profondément déprimée. Le tendon du biceps fait une saillie verticale sur le bord externe de la dépression; le bord interne est occupé par une tumeur sous-cutanée, dure, mobile sous la peau et sur les parties profondes, de forme olivaire et du volume d'une amande. A l'extrémité supérieure de cette petite masse fait suite un cordon de la grosseur d'une plume de corbeau et se perdant sur le bord interne du corps charnu bicipital. L'extrémité inférieure, au niveau même du pli du coude, semble adhérer aux parties profondes; il est impossible de constater la présence d'un cordon nerveux se continuant avec elle. La pression exercée sur la tumeur cause de vives douleurs et éveille dans les doigts une sensation analogue à celle qui suit la compression du nerf cubital dans sa gouttière olécrânienne.

D'après les réponses du malade, il semble que la *sensibilité*, disparue après l'accident sur les trois premiers doigts, ait commencé à reparaître au bout de deux ans, pour revenir peu à peu à ce qu'elle est aujourd'hui. Or, la sensibilité est nettement diminuée, au contact de l'épingle, sur la face palmaire du pouce, de l'index et du médius, les parties voisines du creux de la main, la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius. Sur les deux tiers environ du creux palmaire, sur la face dorsale de la première phalange de l'index et du médius, sur la face dorsale du pouce en totalité, sur les deux derniers doigts, y compris le bord externe de l'annulaire, elle est parfaitement normale. Dans toute la zone d'anesthésie relative, il y a thermo-analgésie incomplète, et surtout le retard de la perception est considérable. Sous l'influence du froid et des chocs légers, le malade éprouve une sensation d'engourdissement et de fourmillement dans les doigts paralysés, l'indicateur surtout. Mais ce qui domine la scène et l'amène à l'hôpital, c'est une douleur continue au niveau de la cicatrice, avec des recrudescences le soir; à cette névralgie intense et difficilement tolérable s'ajoutent quelques douleurs fulgurantes dans l'avant-bras et quelques irradiations vers l'épaule.

Les *muscles* antérieurs de l'avant-bras sont le siège d'une atrophie incomplète, mais très accentuée; l'éminence thénar est aplatie; la saillie du cubital antérieur est normale. Les trois premiers doigts, quand ils sont inactifs, restent légèrement fléchis; leur force est diminuée au point qu'ils serrent à peine, mais tous leurs mouvements s'exécutent librement, sauf que la deuxième phalange du pouce est très peu mobile. La force du quatrième et du cinquième doigt semble mieux conservée. En résumé, les faisceaux musculaires soumis au nerf médian sont très affaiblis, mais aucun n'est absolument paralysé.

(1) Cette observation est rédigée d'après les notes qui m'ont été remises obligeamment par M. Verchère, interne des hôpitaux.

Notons encore l'aspect effilé des trois premiers doigts, surtout de l'index; la lenteur avec laquelle poussent leurs ongles, principalement celui de l'index; la faiblesse des battements de la radiale; l'extrême sensibilité du système vaso-moteur. L'impression du froid rougit et congestionne toute la partie externe de la main; celle-ci est relativement froide et comme cyanosée. Ainsi, la température locale est, à un moment donné, de 24° du côté malade et de 28°5 du côté sain.

M. Verneuil, pour mettre fin à la névralgie, se décide à extirper la tumeur du nerf médian qui siège au niveau de la cicatrice. L'opération est faite le 15 janvier 1883. Après l'anesthésie et l'application de la bande d'Esmarck, une incision est pratiquée suivant le grand axe de la tumeur, et celle-ci est mise à nu au milieu d'un tissu inodulaire peu résistant. L'extrémité supérieure, bifide, se continue par une de ses pointes avec le tronc du médian; à l'autre pointe semble faire suite un cordon nerveux plus grêle, peut-être l'anastomose qui unit le médian au musculo-cutané. La dissection est assez facile, l'artère humérale n'est pas découverte.

La tumeur ne tenant plus que par son extrémité inférieure, M. Verneuil donne un coup de ciseaux qui la sépare du bout périphérique du nerf médian. Au moment de la section, les doigts se fléchissent brusquement dans la paume de la main pour se redresser ensuite; des mouvements analogues s'étaient d'ailleurs montrés plusieurs fois au cours de la dissection. Il est donc certain que la continuité des fibres nerveuses existait malgré la présence du néoplasme, et qu'elle a été rompue par l'acte chirurgical. — Pansement antiseptique ouvert.

Avant l'opération, M. Redard, chef de clinique, avait pris la température locale des deux mains, et trouvé 28° pour le côté malade, 32° pour le côté sain. Le soir, ce rapport est complètement changé : main malade 34°, main saine 30°. Le lendemain matin, différence encore plus grande : main malade 35°, main saine 25°.

Le soir du 15 janvier, l'examen de la sensibilité montre une anesthésie plus accentuée qu'avant l'opération, principalement sur la pulpe de l'index. Mais en aucun point la sensibilité n'a complètement disparu; le malade accuse, dans les parties anesthésiées, des fourmillements presque douloureux. La peau n'offre plus la même teinte cyanique; le passage de l'ongle sur la face dorsale de la main n'y laisse plus une raie blanche persistante, comme les jours précédents.

Mais ce qui frappe surtout l'observateur, c'est la conservation des mouvements des doigts. Il semble, au premier abord, que la résection de plusieurs centimètres du nerf médian n'ait amené aucun changement dans l'état des fonctions musculaires. La flexion des trois phalanges de chaque doigt paraît aussi facile, aussi rapide qu'avant l'opération. En réalité, voici ce que révèle un examen attentif, le 5 février :

Le malade fléchit tous les doigts quand on le lui demande; mais il fait remarquer lui-même que, depuis l'opération, il a pris l'habitude d'entraîner, à l'aide d'une pression exercée par le médius, les deux dernières phalanges de l'index, de sorte que la flexion exécutée par le deuxième doigt n'est autre qu'un mouvement communiqué. Si on demande au malade de le fléchir isolément, la première phalange obéit seule, car la flexion de la première phalange est commandée par les muscles interosseux et le nerf cubital; mais les deux dernières sont invariablement dans l'extension. De même, la mobilité de la première phalange du pouce est conservée, mais celle de la deuxième, déjà très faible avant l'opération, est aujourd'hui nulle. En résumé, les faisceaux qui fléchissent la deuxième et la troisième phalange sont absolument paralysés, pour les deux premiers doigts; mais, d'autre part, les trois derniers n'ont subi de l'opération aucune atteinte : médius, annulaire, auriculaire, ont l'intégrité de leurs mouvements.

Deux mots suffisent pour terminer cette observation. Quelques douleurs, ne rappelant que de loin la névralgie ordinaire, ont inquiété le malade pendant deux ou trois semaines, pour disparaître enfin. Les pansements antiseptiques ont amené une prompte guérison de la plaie; Jean-Baptiste B... a quitté l'hôpital vers la fin du mois de février.

La tumeur, examinée au Collège de France par M. Malassez, est un fibrome pur. Sur une coupe transversale pratiquée au voisinage de l'extrémité supérieure, on voit les faisceaux nerveux dissociés par l'hyperplasie conjonctive; sur une autre coupe faite au milieu de la masse, dans sa partie la plus épaisse, on trouve la même disposition des faisceaux, encore plus écartés les uns des autres. A un plus fort grossissement, les tubes nerveux sont dissociés par le tissu conjonctif au sein même des faisceaux; en d'autres termes, le fibrome est à la fois inter et intra-fasciculaire. Etant données les circonstances étiologiques, on peut appeler la tumeur une kéloïde du nerf médian.

L'hyperplasie intra-fasciculaire donne à penser qu'un certain nombre de tubes nerveux sont dégénérés; un examen ultérieur plus approfondi donnera la mesure de cette altération.

L'observation qui précède peut être ainsi résumée : le nerf médian, par la présence d'un fibrome sur un point de son trajet et par l'altération d'une certaine quantité de ses fibres, a perdu en grande partie son influence sur les téguments et les muscles qu'il innerve; mais sa continuité n'est pas interrompue, ainsi que le prouvent et la persistance de tous les mouvements volontaires auxquels il préside, et aussi les détails de l'opération. Cela étant, la tumeur est extirpée et le tronc nerveux réséqué sur une étendue de plusieurs centimètres. Deux phénomènes apparaissent alors : la sensibilité, quoique diminuée après l'acte chirurgical, existe encore dans toute la zône où le nerf médian distribue ses filets; d'autre part, certains mouvements sont abolis, mais on en voit persister plusieurs qui, dans l'opinion générale, sont commandés par le nerf médian.

Sur la persistance de la sensibilité, je n'ai rien à dire qui soit bien nouveau. La sensibilité affaiblie qui existait avant l'opération pouvait être due simplement aux fibres du médian restées saines; c'est ainsi, du moins, qu'on l'aurait expliquée avant les travaux sur l'innervation collatérale. Mais ici nous avons dû supposer qu'elle venait en partie des nerfs voisins, et que, par suite, elle ne serait pas abolie par la résection du médian. En effet, non seulement il arrive, après la section d'un nerf, que la sensibilité, supprimée d'abord d'une manière absolue, se rétablit progressivement par voie de suppléance, comme si les filets des nerfs voisins envahissaient peu à peu le territoire anesthésié; mais on voit aussi cette suppléance nerveuse se préparer sourdement à côté d'un nerf qui s'atrophie, de telle façon que, le jour où ce dernier n'existe plus, l'innervation collatérale se trouve pour ainsi dire à la hauteur de la situation. C'est ce qu'à vu déjà M. Verneuil dans un cas où il fut amené à couper le nerf médian depuis longtemps atrophié, devenu presque filiforme, et où les téguments des doigts se trouvèrent le lendemain aussi sensibles que la veille (1). C'est ce que montre également notre observation, puisqu'au moment où le nerf depuis longtemps malade s'est trouvé définitivement supprimé, la sensibilité n'a disparu dans aucun point.

Aussi bien, les faits ne sont pas très rares, où la section d'un nerf, même inaltéré, laisse aux téguments, dès les premières heures après la blessure, une part de sensibilité. Je laisse de côté cet ordre de faits, et j'arrive à l'analyse des phénomènes musculaires.

L'opération a supprimé l'action propre des fléchisseurs sur les phalanges des deux premiers doigts; mais il est curieux qu'elle ait épargné les trois autres. S'il est vrai que le nerf cubital innerve le cubital antérieur et les deux faisceaux internes du fléchisseur profond, l'analyse la plus élémentaire suffit pour annoncer que la résection du nerf médian doit affaiblir les deux premiers doigts par la suppression du fléchisseur superficiel, et paralyser totalement les trois autres (il ne s'agit, bien entendu, que de la flexion des deux dernières phalanges, celle de la première étant sous la dépendance des interosseux et du nerf cubital). Or, chez notre malade, les deux derniers doigts n'étaient pas affaiblis, et le troisième lui-même n'était pas atteint.

Etait-ce là un phénomène de suppléance, d'innervation collatérale? Pouvions-nous admettre que, dans la détresse où le nerf médian vivait depuis plusieurs années, son voisin le nerf cubital s'était approprié une partie de son territoire, comme les nerfs cutanés semblent pénétrer peu à peu dans la zone anesthésiée pour y ramener le sentiment? Ce fait physiologique, parfaitement inexpliqué mais indéniable pour les téguments, n'a pas encore été vu dans les muscles. Les observations de Nélaton et de Laugier, citées plus haut, n'ont à ce point de vue qu'une relation apparente avec la nôtre : dans celle de Laugier, les mouvements des doigts étaient conservés après la plaie et la suture du médian, mais la section avait porté bien au-dessous du point d'émergence des filets qui vont aux fléchisseurs; dans celle de Nélaton, blessure plus élevée, même suture, conservation relative des mouvements, mais on ne dit pas comment les doigts se fléchissent, quelles pha-

(1) Communication orale.

langes sont mobiles, en d'autres termes on oublie l'action des interosseux innervés par le cubital. Ces deux faits ne prouvent rien pour l'innervation collatérale, comme ils ne prouvaient rien pour la réunion immédiate et pour la régénération.

Mais voici une recherche plus positive et qui nous donne la clef des phénomènes observés chez notre malade. M. Verchère, interne à la Pitié, entreprit de nouvelles dissections des nerfs et des muscles de l'avant-bras, et, de concert avec MM. Jalagnier et Brun, prosecteurs, parvint à mettre en lumière un fait anatomique entrevu par les vieux auteurs, et que nos traités actuels passent absolument sous silence. Il s'agit d'une anastomose qui, onze fois sur quinze, unissait le cubital au médian, à la partie supérieure de l'avant-bras. Elle émane du médian vers le point où naissent les rameaux qui vont aux muscles fléchisseurs, et se termine dans le nerf cubital, directement ou par l'intermédiaire d'un petit plexus, au point où naît le rameau des deux faisceaux internes du fléchisseur profond. Elle fournit des filets à la fois aux deux fléchisseurs communs. Elle paraît contenir des fibres sorties du médian pour se rendre au cubital, et réciproquement. Dans les cas où elle manque, il arrive parfois que le rameau destiné aux deux faisceaux internes du fléchisseur profond donne un filet qui se rend au fléchisseur sublime. De tous ces faits, consignés dans une note que M. Verchère a présenté à la Société anatomique et que l'*Union médicale* a reproduite le 6 février 1883, il résulte que le nerf médian et le nerf cubital innervent tous les deux, chez bon nombre de sujets, les deux fléchisseurs communs.

Désormais, la persistance de l'activité musculaire après la résection du médian, dans une partie de la zone attribuée à celui-ci, n'a plus rien d'étrange. Il est probable que déjà plusieurs faits de ce genre eussent été signalés, si l'analyse clinique eût toujours été attentive à la suite des plaies nerveuses. Et maintenant que ce phénomène de suppléance est établi, quelle peut être sa valeur ?

La main de notre malade est moins paralysée, et sans doute restera plus utile qu'on ne devait s'y attendre. Malheureusement, l'anastomose qui est, chez lui, la cause probable de ce bon résultat, n'est pas constante. Elle peut exister chez quelques-uns, mais ne donner que des filets rudimentaires et n'être pas d'un grand secours. Enfin, la blessure peut siéger au-dessous d'elle, ce qui la rend fort inutile. Est-ce pour ce dernier motif qu'on ne signale jamais d'atténuation dans la griffe qui succède aux sections complètes du nerf cubital ?

S'il en est ainsi, le phénomène de suppléance que je viens de signaler, et le fait anatomique nouveau démontré par M. Verchère, ressemblent un peu trop à la sensibilité collatérale, c'est-à-dire à une simple curiosité clinique. Et j'en reviens à dire que c'est à la recherche de la régénération nerveuse qu'il faut consacrer nos efforts. On trouve dans l'*Électrisation localisée* (3e édition, p. 326) l'observation d'un ouvrier typographe, Albert Musset, où nous aurions mauvaise grâce à nier la section complète du nerf cubital ; quatre ans après la blessure, l'atrophie et la griffe étant portées au dernier degré, Duchenne de Boulogne entreprit la faradisation, qui peu à peu améliora si bien l'état du blessé, qu'il fut employé comme expéditionnaire dans une administration, et quelques années plus tard sollicitait un emploi de sténographe à la Chambre. L'auteur pense, avec raison, que la continuité du nerf s'était rétablie à la longue, car l'excitation faradique n'aurait pu rendre la vie à des muscles séparés des centres nerveux. Dans un autre cas, résection de quatre centimètres et demi du nerf cubital par Huguier ; la griffe, au bout de cinq ans, avait diminué spontanément, « au dire du malade » ; Nélaton ayant amputé la main, la dissection et l'examen microscopique permirent de constater « la régénération de la portion réséquée et du bout périphérique du nerf cubital, qui ont été habilement préparés par l'un des internes, M. Benjamin Anger. » Voilà, certes, une analyse bien écourtée et sujette à caution. Enfin, chez une autre malade, section du médian et paralysie atrophique ; trois mois après la blessure, insuccès de la faradisation ; trois ans plus tard, en quelques séances, « apparition d'un peu de sensibilité et développement très lent de la motilité et de la nutrition des muscles. » A ces faits trop rares est annexée une discussion où les phénomènes musculaires et les phéno-

mènes de sensibilité sont mêlés dans un chaos d'où il était impossible de sortir à cette époque, discussion où les faits de Nélaton, Laugier, Richet sont interprétés à l'aventure, discussion qui aujourd'hui a forcément perdu toute valeur. Duchenne affirme, à la vérité, qu'il a « vu guérir à la longue plusieurs paralysies atrophiques, consécutives à la destruction des nerfs dans une étendue plus ou moins grande. » Quelques relations authentiques feraient mieux notre affaire; en leur absence, nous avons le droit de supposer qu'il a vu seulement les trois cas indiqués plus haut, et cette pénurie d'observations probantes nous amène à conclure, encore une fois, dans les termes suivants :

Puisque l'innervation collatérale est impuissante à nous donner des résultats cliniques sérieux, c'est au problème de la régénération qu'il faut nous attacher. Or jusqu'ici, on l'a vue chez quelques sujets, à titre exceptionnel, plusieurs années après la blessure et l'achèvement des atrophies; résultat précaire, et sur lequel on ne peut jamais compter. Le progrès désirable, c'est la *régénération précoce*, capable de prévenir les déformations et les griffes, en un mot, dans des conditions analogues à celles qu'on a depuis longtemps réalisées chez les animaux. Et ce but si enviable, aucune loi physiologique, aucune invraisemblance clinique ne s'oppose à ce qu'on l'atteigne un jour ou l'autre. Quand vous baignez une poule dans l'eau froide, quand vous chauffez une grenouille pour leur inoculer des microbes, il y a un si profond abîme entre ces expériences et les maladies humaines, que l'esprit se refuse d'abord à faire une pareille enjambée. Ces batraciens surchauffés, ces gallinacés refroidis ressemblent si peu à nos septicémiques, que nous avons bien le droit, sans passer pour exigeants, de demander qu'on résolve d'abord quelques difficultés intermédiaires. Au contraire, dans le problème de la régénération nerveuse, il n'y a pas de conditions expérimentales qui diffèrent essentiellement des conditions cliniques. Le tissu nerveux est le même chez les animaux et chez l'homme, la plaie suppure ou se réunit d'après des lois analogues; s'il faut, pour réussir, des animaux jeunes, il y a des plaies nerveuses à tout âge, et ce serait déjà beaucoup de réussir chez les adolescents. Efforçons-nous donc d'imiter la physiologie expérimentale, et un jour viendra où nous saurons guérir les plaies nerveuses.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

RELATIONS TOPOGRAPHIQUES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME,

Par O. L. Ranney (1).

Plusieurs travaux ont été faits sur cette question pendant ces dernières années. Frappés des résultats inexacts que donne l'étude de l'anatomie topographique sur le cadavre, alors que les tissus ont perdu leur résistance normale, les auteurs ont d'abord usé de la congélation pour se mettre en partie à l'abri de ces causes d'erreur, et enfin ont pris sur la femme vivante des mensurations exactes. C'est appuyés sur ces nouvelles méthodes que les travaux de Schrœder, Schultz, Fritsch, Simpson, Berry Hart, Foster, ont apporté une nouvelle lumière sur la question.

Le professeur O.-L. Ranney, de New-York, dans un récent et intéressant article (1), nous met au courant de ces progrès et des résultats aussi de ses propres investigations. Nous allons en détacher les faits les plus importants :

Le rectum et le vagin forment, à l'état normal, deux canaux virtuels, c'est-à-dire dont les parois sont accolées l'une à l'autre. La cavité n'est constituée que dans des circonstances spéciales, alors qu'un corps étranger quelconque, matières fécales pour l'intestin, produit de la conception pour le conduit vaginal, vient séparer ces parois. Cette virtualité devant être admise comme la règle, l'auteur adresse une critique très juste à la plupart des traités classiques qui représentent dans leurs figures, sur une coupe antéro-postérieure, le vagin comme une cavité béante, alors que les deux parois devraient être accolées l'une à l'autre. La même critique ne s'adresse pas dans ces figures à la représentation du rectum, car, l'accolement des parois de cet organe se faisant dans le sens latéral, il est naturel que sur une coupe de profil sa cavité occupe un certain espace.

(1) *Amer. journal of Obst.*, février et mars 1883.

Le périnée a été divisé d'après les récents travaux de Berry Hart et de Simpson en deux segments séparés par la cavité vaginale elle-même : l'un antérieur ou segment pubien, et l'autre postérieur ou segment sacré. Ces deux segments sont fixés, le postérieur au sacrum, et l'antérieur au pubis, et ils sont disposés de telle sorte qu'au moment de l'accouchement ils livrent passage au fœtus en s'éloignant en sens contraire, le segment pubien remontant vers la cavité abdominale, le segment sacré s'abaissant au dehors. Ces deux segments, appuyés l'un contre l'autre à l'état normal, seraient écartés par le fœtus à la manière des deux battants d'une porte dont l'un serait repoussé en même temps que l'autre attiré par la personne qui va passer.

Au point de vue du maintien de l'utérus dans sa position normale, le segment sacré joue un rôle considérable, c'est lui qui fournit soutien et appui au segment pubien, lequel obéissant à la pesanteur et à la pression exercée par les organes abdominaux, essaye constamment de s'insinuer entre le segment sacré et le pubis à la manière d'un coin. Si la résistance du segment sacré est détruite ainsi que cela arrive à la suite d'accouchements multiples ou de déchirure périnéale, le soutien fait défaut au segment pubien qu'on voit apparaître petit à petit au dehors; c'est d'abord la paroi antérieure du vagin doublée de la vessie, puis le col utérin amenant avec lui la paroi postérieure du vagin et bientôt tout l'utérus. Le prolapsus est ainsi constitué, parce que le segment sacré a cessé de prêter le soutien puissant qu'il doit fournir normalement.

Ranney adopte les idées des deux éminents gynécologues d'Edimbourg, tout en les modifiant légèrement.

La comparaison de l'ouverture du vagin, au moment de l'accouchement, à celle d'une porte à deux battants est à son avis inexacte; si l'on peut se représenter les choses de la sorte à ne considérer que la coupe médiane antéro-postérieure des organes génitaux, il en est autrement quand il s'agit des parties latérales; car alors on voit que le segment sacré ne s'arrête pas au niveau de la commissure postérieure de la vulve, mais qu'il vient s'insérer latéralement et en avant sur les parois osseuses du bassin. Le segment sacré doit donc plutôt être comparé à un plancher presque complet, percé à sa partie antérieure d'une ouverture ovoïde sur laquelle vient appuyer le segment pubien. Au moment de l'accouchement, les deux segments sont à la vérité attirés en sens contraire, mais non à la manière des deux battants d'une porte, simplement comme des tissus mous obéissant à des forces dirigées en sens contraire, c'est-à-dire attirés en haut pour le segment pubien et en bas pour le segment sacré.

Le segment pubien reçoit aussi de la part de Ranney une délimitation un peu différente. Tandis que B. Hart et Simpson ne comprennent sous cette dénomination que la paroi antérieure du vagin et la vessie, l'auteur américain y joint l'utérus et les ligaments utéro-sacrés, de telle sorte que ce segment est ainsi constitué par une sangle de tissu s'étendant du sacrum au pubis en prenant point d'insertion et d'appui sur ces deux os. D'après cette nouvelle description, toute la tâche n'est plus dévolue au segment sacré comme dans la théorie précédente, le pubien par ses attaches au sacrum se soutient par lui-même en grande partie. Le périnée peut manquer; si les ligaments sacro-utérins tiennent bon, ils empêchent jusqu'à un certain point la production du prolapsus; si au contraire leur action s'affaiblit, l'utérus qui n'est plus maintenu tombe en rétroversion, puis petit à petit la pesanteur et la pression des organes abdominaux produisant leur effet, le prolapsus se dessine et se complète.

On comprend facilement que l'état pathologique d'un seul des deux facteurs puisse constituer un commencement de prolapsus, mais pour qu'il devienne complet il faudra que les deux y prennent part.

La méthode de traitement généralement employée pour le prolapsus, la colporrhaphie double avec périnéorrhaphie, concorde absolument avec les idées théoriques précédemment émises. Par la colporrhaphie antérieure on rétrécit le segment pubien, on tend la sangle que constitue ce segment entre le sacrum et le pubis, et cette tension contribue à faire remonter l'utérus qui est appuyé sur elle dans la cavité abdominale. Par la colporrhaphie postérieure et la périnéorrhaphie on reconstitue, en le rétrécissant, le segment sacré et on lui rend ainsi une partie de la puissance qu'il avait perdue, ce qui lui permet de lutter de nouveau efficacement contre l'abaissement du segment pubien. A.

THÉRAPEUTIQUE

DE LA CONSTIPATION.

La constipation peut être rangée parmi les fléaux qui affligent notre pauvre humanité. C'est par elle-même une véritable maladie, et c'est en outre la cause d'une foule d'affections toujours douloureuses, souvent dangereuses. Pour que la santé soit bonne, il faut que l'intestin

soit libre; toute accumulation de matières fécales dans le rectum produit une distension de cet organe qui, prolongée, lui fait perdre son élasticité et le conduit graduellement à la paralysie. Sans arriver toujours à une conclusion aussi fatale, la constipation n'en apporte pas moins un trouble dangereux dans toute l'organisation : c'est elle qui, la plupart du temps, cause ces douleurs de tête que rien n'arrive à calmer, ces chaleurs intérieures, ce ballonnement du ventre, ce manque d'appétit dont se plaignent tant de personnes sans chercher souvent à y remédier, et qui se terminent presque toujours par quelque grave maladie; c'est elle enfin qui crée cette douloureuse et malpropre infirmité que l'on appelle hémorrhoïde.

La constipation doit être combattue dès qu'elle apparaît, parce que chaque jour la rend plus rebelle. Nous avons tous vu des exemples effrayants des dangers qu'entraîne cette maladie passée à l'état chronique. Ce sont des heures entières que certaines personnes doivent consacrer au travail de la défécation, et pour aboutir quelquefois à une chute du rectum sans réduction possible.

Mais combattre la constipation et en triompher n'est pas chose si facile. On commence par en chercher la cause : provient-elle d'un défaut de sécrétion muqueuse, ou de sécrétion biliaire, ou bien de la paresse de l'intestin? Dans le premier cas on emploiera les lavements émollients, miellés, huileux; dans le second ce seront les drastiques, la rhubarbe, l'aloès, le calomel; dans le troisième, et c'est le plus fréquent, aucun de ces remèdes n'est applicable. Le lavement chaud augmentera la paresse de l'intestin; le purgatif quel qu'il soit ne procurera de soulagement momentané qu'en augmentant la sécrétion intestinale pour la diminuer et même la tarir ensuite. Après ces remèdes, la diathèse reparaît plus rebelle que jamais, et à toutes les incommodités qu'on ne peut vaincre se joint bientôt le découragement du malade dont le caractère s'aigrit au point de rendre la vie commune insupportable.

En présence de tels accidents et d'une si grande difficulté d'en triompher, il n'y a qu'une seule conduite à tenir : prévenir le mal, empêcher la constipation de naître. On obtiendra ce resultat en faisant prendre à ses clients les pilules suisses d'Hertzog. Ces pilules, déjà connues, ont pour base la formule du Codex n° 609. Elles ont une action douce et fortifiante, n'occasionnent pas la moindre douleur, et, contrairement à la plupart des laxatifs, ne provoquent pas de ces effets violents qui amènent nécessairement une réaction. Elles excitent l'appétit, réagissent sur la digestion, et, comme elles ne contiennent aucun mélange métallique, elles conviennent à tous les tempéraments et à tous les âges, et sont toujours efficaces sans pouvoir jamais devenir nuisibles. La dose moyenne est de 1 à 3 pilules le soir avant de se coucher ou le matin à jeun; on peut les prendre aussi en mangeant.

Il y a une recommandation que nous ne saurions faire à nos confrères d'une manière trop expresse, c'est d'ordonner les pilules suisses au commencement de la maladie. C'est un médicament doux, et par conséquent son effet sera rapide et sûr s'il n'a pas à combattre un mal invétéré; dans le cas contraire, son emploi devrait être prolongé beaucoup plus longtemps. Quoique cet emploi prolongé ne puisse avoir aucune conséquence fâcheuse, il est toujours plus encourageant pour le malade de sentir immédiatemedt le soulagement qu'on lui promet.

HYDROLOGIE

LES INDICATIONS DE LA MÉDICATION ALCALINE.

Il nous a paru intéressant, à une époque de l'année où le médecin est si souvent consulté sur l'opportunité de telle ou telle médication thermale, de rappeler les principales indications qui peuvent l'aider à se faire une opinion au milieu des avis contradictoires journellement émis à ce sujet.

C'est surtout de la médication alcaline, de beaucoup la plus employée par les médecins et la mieux appréciée par les malades, que nous voulons entretenir nos lecteurs.

Les hydrologistes s'accordent avec Durand-Fardel à diviser les eaux alcalines en deux grandes classes : les bicarbonatées sodiques et les bicarbonatées calcaires. Dans la première classe (Vichy, Vals, etc.). Dans la deuxième (Alet, Condillac, Pougues, etc.).

On serait tenté de supposer à priori qu'une eau, n'ayant pas les mêmes inconvénients que Vichy, ne doit pas avoir, au même degré, les mêmes vertus; or, l'expérience clinique démontre que non seulement on guérit à Pougues comme à Vichy des mêmes affections diathésiques, mais que Pougues triomphe plus aisément d'un groupe spécial d'affections, telles que les dyspepies et les gastralgies (Durand-Fardel) et rend surtout de grands services dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac, ainsi que l'a très bien démontré l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Gallard.

Ce sont là des applications assez précises pour qu'il ne soit pas nécessaire d'exagérer les propriétés de cette eau comme l'avait fait Mialhe, qui allait jusqu'à préconiser son emploi contre la scrofule, parce qu'elle contient des traces d'iode.

La sphère des indications thérapeutiques de Pougues est, du reste, assez étendue pour qu'il soit inutile d'aller au delà. Ainsi la gravelle, que nombre de praticiens considèrent comme spécialement tributaire de Contrexéville, résiste beaucoup moins à l'action des eaux de Pougues, qui produisent en effet dans ce cas une modification de longue durée.

Sans être aussi affirmatif que Rotureau, qui prétend que cette modification est permanente, Gubler, Durand-Fardel reconnaissent avec lui que l'action est énergique. On boit à Pougues 5 à 6 verres au plus en deux fois, tandis qu'à Contrexéville on n'arrive à expulser les graviers qu'en ingérant une grande quantité d'eau, qui est éliminée sans modifier autrement la muqueuse de l'appareil urinaire que par un simple *lavage.*

C'est surtout dans l'immortel ouvrage de Trousseau que les indications de Pougues ont été nettement formulées. (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.*)

Partout les eaux de Vichy et de Pougues y sont placées au même rang dans le traitement soit du diabète (t. II, p. 697), soit des vertiges stomacaux (t. III, p. 17), soit de la cachexie palustre (t. III, p. 57), soit des coliques hépatiques (t. III, p. 237,) La même opinion a été récemment exprimée par le professeur Hardy.

Dans le traitement de la gravelle, de la dyspepsie, Pougues y est recommandé tout spécialement (t. III, pages 48 et 58).

Enfin comme eau ferrugineuse, il y est dit, à la page 504, que l'eau de Pougues, avec ses quelques centigrammes de sels ferrugineux, guérit quelquefois plus vite une chlorose que la limaille de fer, l'éthiops martial, etc.

Trousseau, de son temps, se plaignait de voir dans les pharmacies un luxe de préparations ferrugineuses qui n'était pas étranger aux spéculations commerciales; que dirait-il aujourd'hui, que les spécialités pharmaceutiques de tout genre se sont multipliées à l'infini ?

Et pour revenir à notre sujet, il nous semble que, pour atténuer les effets qu'amène fréquemment l'abus des eaux minérales alcalines, il y a lieu de préférer Pougues à Vichy dans toutes les maladies où ces deux eaux sont simultanément indiquées?

Pougues paraît, en effet, combattre plus de symptômes, s'adresser à plus d'affections morbides, et offrir beaucoup moins de contre-indications.

Ainsi, dans les maladies des femmes, Desnos, médecin de l'hôpital de la Pitié, a signalé dans ces termes leurs effets thérapeutiques :

« Les troubles de la digestion sont un accompagnement fréquent des maladies de matrice « dans lesquelles leur prédominance symptomatique commande l'usage des eaux qui sont en « possession du traitement de la dyspepsie, d'autant mieux que ces eaux, lorsqu'elles sont « convenablement choisies, sont par elles-mêmes propres à effectuer la résolution de l'in- « flammation utérine. — C'est ainsi que, dans la classe des bicarbonatées alcalines, *on con- « seillera les eaux de Pougues.* »

Les indications générales de la médication alcaline peuvent, du reste, être nettement formulées dans les conclusions suivantes :

1° Chez les femmes toutes prédisposées à l'anémie ou frappées par elle, comme chez tous les individus cachectiques, si la médication est reconnue nécessaire, l'eau de Pougues sera préférée;

2° Chez tous les malades, quels qu'ils soient, quand la médication par les alcalins doit être poursuivie longtemps, c'est à l'eau de Pougues qu'on s'adressera avec le plus de sécurité.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Addition à la séance du 9 février 1882. — Présidence de M. Millard.

M. Constantin Paul présente une enfant atteinte de *macroglossie.*

L'enfant est âgée de 3 ans 1/2, elle est rachitique. Le rachitisme s'accuse par l'exagération du type féminin des membres inférieurs, c'est-à-dire le genou trop en dedans et le pied trop en dehors. Les fémurs sont courbes à convexité antérieure. Le ventre est assez fort. Le bord inférieur des côtes soulevé l'étranglement par le diaphragme indiqué, ainsi que le chapelet.

La colonne lombaire est à convexité postérieure. Il n'y a pas d'anémie; l'enfant est bien colorée; il n'y a pas de souffles anémiques; elle a 87 centimètres; ce qui est la taille de son âge.

Le point intéressant de l'observation est celui-ci : L'enfant est atteinte d'un développement excessif de la langue. Ce développement paraît avoir commencé dès la vie intra-utérine, car, depuis sa naissance, on avait remarqué que l'enfant tenait presque constamment la bouche ouverte et la langue saillante.

Vers la fin de l'année 1882 s'est produit un phénomène nouveau qui a consisté en productions de saillies multiples.

Aujourd'hui, examen du 26 mars 1883, nous voyons l'enfant pour la troisième fois. Les phénomènes consistent en une augmentation de volume de la langue telle, que l'enfant a peine à tenir la bouche fermée. Le gonflement est surtout marqué à la face inférieure et donne au premier abord l'aspect de l'œdème. Cependant, l'empreinte des dents n'est pas marquée.

A la face supérieure, les plis longitudinaux semblent indiquer une hypertrophie musculaire.

Le toucher n'indique pas une induration du tissu dans la moitié antérieure, mais dans la moitié postérieure la langue présente à la partie moyenne une saillie résistante au doigt.

A la face supérieure il y a un certain nombre de petites saillies indiquant une hypertrophie des papilles, probablement des fongiformes; en dessous, la surface est parsemée de petites saillies dont les plus petites sont enfoncées dans le tissu et ne sont apparentes que par une rougeur plus vive. A mesure que ces saillies se développent, elles deviennent plus sphériques et pédiculées. Ces dernières sont blanches, opaques, paraissent flétries et dévascularisées.

L'examen histologique a montré qu'il ne s'agissait pas de tubercules, mais de petits follicules clos hypertrophiés.

Cette affection paraît être caractérisée par une hypertrophie des follicules clos de la face inférieure de la langue; aussi l'affection se continue-t-elle sur les deux côtés du frein. Il n'y a qu'une ressemblance éloignée avec la tuberculose de la langue. L'enfant n'a pas de tubercules dans la poitrine et les petits tubercules ne sont pas pris dans un tissu induré; au lieu d'être enfoncés, ils sont en saillie.

21 mai. — Un traitement continué depuis trois mois par le chlorate de potasse à l'intérieur a réduit le volume de la langue de moitié, et ne consiste pas dans une sorte de tissu érectile ou sanguin, comme l'ont vu MM. Variot (*Journal de l'anatomie*, 1880) et de Laraberie (Thèse de Paris, 1882).

JOURNAL DES JOURNAUX

EXTRAITS DU *British medical journal.*

Les eaux potables de Londres, par le docteur PERCY J. FRANKLAND. — Ce mémoire donne de nombreux détails sur la qualité des eaux de Londres et la proportion croissante des impuretés organiques qu'elles contiennent depuis l'année 1868 jusqu'en 1881. Ce travail mérite donc d'être consulté par les hygiénistes, et possède un intérêt d'actualité au moment où la question de l'approvisionnement des eaux à Paris et la pollution de la Seine par les égouts est en discussion.

De l'insuffisance rénale, par le docteur A. CLARK. — Sous ce nom, l'auteur désigne un état du rein, en apparence exempt de lésions anatomiques, dans lequel l'excrétion urinaire est insuffisante; l'urée est diminué en quantité, et l'urine a perdu de sa densité. C'est là probablement un trouble fonctionnel du début de la maladie de Bright. En tout cas, l'insuffisance rénale constitue un élément d'aggravation, pour les malades qui en sont atteints, dans les cas d'affections aiguës intercurrentes ou bien d'opérations chirurgicales. C'est à cette cause qu'on a pu attribuer la mort rapide, à la suite d'une simple hémorrhagie, ou la septicémie consécutive à l'ouverture d'un simple abcès.

De la mort par l'administration des anesthésiques, par le docteur ROGER WILLIAMS. — Analysant les épisodes de deux cas d'anesthésie ayant entraînés la mort, l'auteur en conclut la nécessité d'administrer le chloroforme avec des précautions dont l'usage est habituel dans les opérations chirurgicales telles qu'on les pratique en France. En tout cas, ce mémoire confirme les recommandations données par Lister et, paraît-il, trop souvent négligées par quelques chirurgiens d'outre-Manche. — C. E.

De la coloration des tissus dans les examens histologiques, par M. REEVES. — Cette note a pour but de recommander l'emploi de la phloxine et de l'érythrosine, substances extraites de la résorcine. Le tissu connectif et le protoplasma cellulaire sont rapidement colorés par les solutions aqueuses ou alcooliques de ces matières. L'auteur discute ensuite la valeur pratique de l'emploi d'autres agents de coloration, tels que la murexide, la méthylamine, etc., etc.

De la salicine dans l'endocardite rhumatismale, par le docteur MACLAGAN. — La salicine serait préférable au salicylate de soude, dans le traitement de cette maladie, parce qu'elle peut être employée à doses répétées sans donner lieu aux accidents produits par ce sel. Les accidents cardiaques rhumatismaux disparaissent rapidement sous son influence, et parfois même la rémission s'est manifestée dans les trente-six heures.

Hémorrhagie par le canal lacrymal dans le cours d'un saignement de nez, par le docteur GORB. — Le malade était un cardiaque qui, dans un accès de toux spasmodique, fut atteint d'une épistaxis. Cette hémorrhagie fut facilement arrêtée par le tamponnement antérieur des fosses nasales. Quelques heures après, l'écoulement de sang se reproduisit par le canal et les narines. La cessation de l'écoulement oculaire eut lieu en même temps que l'arrêt de l'hémorrhagie nasale. — C. E.

FORMULAIRE

PILULES HÉMOSTATIQUES. — Henri HUCHARD.

Ergotine, sulfate de quinine, *ââ*.	2 grammes.
Digitale pulv., extrait de jusquiame, *ââ*.	0 gr 20 centigr.

F. s. a. 20 pilules. — De 5 à 8 et 10 par jour, dans diverses formes d'hémorrhagie, telle que métrorrhagie, épistaxis, hémoptysie. — N. G.

COURRIER

RECTIFICATION. — Dans le Bulletin du 10 mai 1883, p. 810, ligne 29, au lieu : *cinq* bêtes bovines vaccinées..., lisez : *trois* bêtes bovines vaccinées... Il importe que, dans des expériences aussi délicates, aucune erreur typographique ne puisse jeter sur les résultats la moindre obscurité, ou faire croire à quelque légèreté dans le compte rendu des expériences ou dans leur exécution.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Les treize places du concours pour les sections d'anatomie, physiologie et sciences naturelles, se répartissent de la manière suivante :

1° Anatomie et physiologie : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 2 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 2.

2° Histoire naturelle : Paris, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1.

Les onze places du concours pour les sections des sciences physiques sont réparties ainsi qu'il suit :

1° Physique : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1.

2° Chimie et toxicologie : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 1.

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa douzième session, cette année, dans la ville de Rouen. La date d'ouverture du Congrès est fixée au jeudi 16 août.

—

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Legrand du Saulle.

DE QUELQUES PARTICULARITÉS RELATIVES A L'ÉPILEPSIE.

Leçon clinique recueillie par M. G. Crespin, interne des hôpitaux.

Je me propose, dans cette leçon, de vous parler de quelques manifestations de l'épilepsie. Mon but n'est pas en effet de retracer devant vous tous les signes classiques de cette maladie : je veux seulement appeler votre attention sur les points qui sont généralement les moins bien connus.

Parmi les phénomènes insolites de l'épilepsie, il en est un qui n'est signalé nulle part et que nous n'avons observé que tout récemment, malgré les nombreux cas d'épilepsie soumis à notre examen depuis de longues années : Quatre malades de notre service ont eu un nombre d'attaques si considérable que nous avons cru devoir vous les présenter pour la rareté du fait. Ce nombre d'attaques dépasse en effet tous les chiffres que vous pourrez trouver dans vos livres. De plus, l'usage continu du bromure de potassium, dans les cas dont nous parlons, a été d'une efficacité inattendue ; de sorte que, chez ces malades, vous aurez deux points intéressants à considérer : la fréquence excessive des attaques ; l'heureuse influence du traitement.

L'une d'elles, Angèle M..., 17 ans, qui avait très peu de crises à son entrée, fut prise de fièvre typhoïde : on supprima le bromure ; les attaques ne se montrèrent pas pendant toute la durée de la pyrexie. Vers le trente-cinquième jour, nous reprîmes le traitement, mais certainement trop tard, car les convulsions ne tardèrent pas à reparaître. Elle eut 1,750 attaques en trois semaines ; aujourd'hui, grâce à l'usage du bromure administré à la dose de 3 grammes 50 par jour, elle n'a plus que 3 à 4 attaques par semaine.

Notre seconde malade, Rosa G..., 15 ans, avait à son entrée dans le service des accès convulsifs fort rares. Au mois de janvier dernier, elle fut prise de céphalalgie, de vomissements, de constipation ; le pouls était à 130, la température normale. Nous pensâmes d'abord à une méningite tuberculeuse, mais bientôt des crises épileptiformes se montrèrent en nombre si considérable que nous pûmes en compter 8,000 en moins de vingt jours, grâce à l'organisation permanente d'une surveillance spéciale, jour et nuit. Un traitement énergique fut institué : nous donnâmes pendant deux à trois jours 15 grammes de bromure ; aujourd'hui, nous ne constatons plus que 3 à 4 crises par jour.

Notre troisième malade, B..., 21 ans, a eu 1,530 attaques pendant l'année 1879. Le traitement a apporté une telle amélioration dans son état qu'elle a pu devenir infirmière auxiliaire.

Enfin notre dernière malade, D..., 21 ans, ne présentait que 3 à 500 attaques par an. Mais ce qu'il y avait de remarquable chez elle, c'est que tous les quinze jours, à heure fixe, elle était prise d'accès de manie furieuse, de huit heures du matin à midi et demi. Dans ce cas, nous avons institué un double traitement : contre la névrose, nous avons donné le bromure, et nous avons vu les accès de 500 descendre à 60. Contre la périodicité, nous avons ordonné le sulfate de quinine, et les accès périodiques ont complètement disparu. Ce qui démontre bien l'influence du sulfate de quinine, c'est qu'un jour où ce médicament ne fut pas administré par erreur, les accès reparurent avec la même intensité.

Cela dit, Messieurs, nous allons entrer dans quelques considérations générales

sur l'épilepsie, et insister sur quelques points particuliers. Il y a en France un nombre considérable d'épileptiques : les statistiques officielles en accusent 40,000, mais ce chiffre est loin d'être l'expression exacte de la vérité, car que de familles n'osent avouer cette terrible maladie! De plus, comme épileptiques, nous ne devons pas compter seulement ceux qui présentent des attaques convulsives : il y a lieu de distinguer les épileptiques proprement dits, les épileptiques aliénés, les épileptiques larvés, les épileptiques alcooliques et les épileptiques paralytiques. Les épileptiques proprement dits doivent être classés, au point de vue de leur état mental, en trois catégories : les uns ont l'intelligence à peine touchée; ils peuvent vaquer à leurs affaires et dissimuler leur état : on peut dire que ce sont des privilégiés. D'autres présentent des troubles intellectuels fugaces se montrant pendant ou après les attaques; ils ont des moments d'absence. Enfin, dans une troisième catégorie, doivent être rangés les épileptiques offrant des troubles permanents de l'intelligence : ces derniers sont de véritables aliénés. Mais, d'une façon générale, on ne peut assimiler un épileptique à un aliéné, car on rencontre dans le monde des épileptiques très intelligents et fort bien doués.

L'épilepsie reconnaît trois ordres de phénomènes somatiques : le vertige, l'accès incomplet et l'attaque convulsive. Depuis la thèse de Calmeil (1824), qui traitait surtout des phénomènes convulsifs, il faut arriver jusqu'à Trousseau pour trouver une étude remarquable sur l'épilepsie. Trousseau a surtout beaucoup insisté sur le vertige; mais il a tout à fait négligé de s'occuper de l'accès incomplet, qui est un phénomène épileptique au même titre que le vertige. L'illustre clinicien a donné une description fort exacte de l'individu atteint de vertige : Un malade, au milieu d'une conversation ou pendant son travail, pâlit tout à coup, s'arrête, interrompt sa phrase, conserve les yeux fixes et reste immobile pendant quelques secondes, puis il pousse un soupir, termine la phrase commencée ou achève le mot. Une personne joue au whist et fait le geste de lancer sa carte, quand soudain la carte s'échappe de ses doigts et tombe de travers sur ses genoux. Après quelques secondes d'immobilité, elle continue sa partie.

Malgré sa courte durée, le vertige conduit comme l'attaque convulsive à des troubles intellectuels et à l'accomplissement d'actes étranges. Le vertigineux est surtout destiné à perdre la mémoire. Trousseau a bien indiqué ce fait, de même qu'il a montré qu'on voyait souvent des épileptiques vertigineux enlever machinalement leurs vêtements et découvrir leurs organes génitaux. Le professeur Lasègue a étudié cette dernière catégorie de malades et leur a donné le nom d'exhibitionnistes, mais notre regretté et savant ami a peut-être eu tort de confondre sous une même dénomination des gens dont l'état mental est absolument différent.

Dans un wagon où se trouvaient huit personnes, un homme d'une quarantaine d'années se lève tout à coup, jette ses lunettes par la portière, urine sur les genoux d'une petite fille de huit ans, puis se rassied sans avoir l'air de comprendre l'indignation des voyageurs. A l'arrivée du train, il est arrêté et dirigé sur le dépôt de préfecture de police. Je l'examinai avec soin le lendemain, et ne tardai pas à reconnaître que cet homme était un vertigineux.

Autre fait : une femme de 30 ans vole une paire de souliers à un étalage, sous les yeux du marchand. Arrêtée, elle n'a ni souvenir ni conscience du fait qui lui est imputé. Cette femme était une vertigineuse épileptique. Depuis cette époque, je l'ai revue trois fois à la préfecture de police : elle avait relevé ses jupes dans la rue, excité par ses paroles un vieillard à la débauche et insulté un gardien de la paix. Dans l'un de ses vertiges, elle s'est trempé les mains dans une casserole de lait bouillant.

Nous avons dit qu'il y avait un autre phénomène aussi bien caractérisé que le vertige, et que nous avons appelé l'accès incomplet. Qu'est-ce donc que l'accès incomplet? C'est une manifestation épileptique intermédiaire entre le vertige et l'attaque convulsive. Il est caractérisé par des mouvements convulsifs partiels ou plutôt par des contractures de certains muscles de la face et des membres, du mâchonnement et une sorte de déglutition automatique. Le malade dans n'importe quelle attitude s'arrête tout à coup; sa face pâlit un peu, puis l'un des côtés du

corps se raidit, la respiration se suspend, un certain mâchonnement se produit, et un bruit de déglutition se fait entendre. Au bout de quelques secondes, tout rentre dans l'ordre. Ces « fausses crises » sont toujours les mêmes. L'accès incomplet représente l'attaque réduite à ses signes initiaux; l'un est le diminutif de l'autre. Après les accès incomplets, les malades n'ont qu'un souvenir confus de ce qui leur est arrivé. On peut croire, s'il s'agit d'une affaire judiciaire, qu'ils simulent l'amnésie. Avec beaucoup d'efforts, ils arrivent à dire qu'ils ont une réminiscence vague de quelque chose de douloureux et d'horrible.

Trousseau cite le cas d'un ecclésiastique qui, encensant son évêque, se mit tout à coup à tourner la tête d'une façon bizarre et à faire des grimaces qui n'échappèrent à personne. — Le président d'un tribunal se levait brusquement de son siège pendant une plaidoirie, s'en allait uriner dans la chambre du conseil, balbutiait quelques mots et s'apercevant de sa méprise, rentrait bien vite dans la salle d'audience. — Une femme du meilleur monde et très bien élevée s'arrêtait tout à coup au milieu d'une conversation et se mettait à tenir un langage étrange. Trousseau considérait ces malades comme des vertigineux : il faut en faire des épileptiques à accès incomplets.

Un phénomène tout à fait surprenant peut se montrer chez ces malades. Ainsi, il arrive qu'un épileptique qui a eu un accès incomplet à dix heures du matin, puis un deuxième accès à quatre heures du soir, ne se souvienne pas de ce qu'il a fait entre ses deux accès. Tel est le cas de ce tailleur qui, pris d'un accès incomplet à neuf heures du matin, part pour Neuilly essayer des habits. A quatre heures, il éprouve un nouvel accès incomplet, reprend le paquet de vêtements qu'il a rapportés et retourne à Neuilly. Là, il apprend avec étonnement qu'il est déjà venu dans la journée et que les habits sont essayés. Ce malade avait absolument perdu le souvenir de ce qu'il avait fait entre ses deux accès incomplets; c'est là un phénomène bien caractéristique.

L'épileptique, à la suite d'un accès incomplet ou complet, ou à la suite d'un vertige, peut avoir des impulsions dont nous allons dire quelques mots. L'impulsion est un phénomène psychique en vertu duquel un individu est impérieusement poussé à commettre tel ou tel acte. L'impulsion est le plus souvent brusque et irréfléchie. Un soldat, sujet à des accès incomplets (mâchonnement, mouvements de déglutition), se mit à frapper son sergent sans cause apparente. Condamné à mort par le conseil de guerre, il fut bientôt reconnu malade et grâcié. On le plaça dans une maison de santé, et là, pris d'une impulsion irrésistible, il ne tardait pas à se livrer à des voies de fait contre l'infirmier qui le veillait. Pressé par une impulsion impérieuse, un épileptique peut tuer les personnes qui sont autour de lui, et bien souvent alors le médecin a quelque peine à faire admettre l'irresponsabilité du malade, car la justice accuse parfois le médecin d'une philanthropie exagérée.

Heureusement les impulsions, de même que les autres accidents dus à l'épilepsie, peuvent être combattus par l'usage continu du bromure de potassium. Nous avons dans le service une malade qui, prise il y a trois ans d'une impulsion irrésistible, poursuivit la sous-surveillante avec des ciseaux; celle-ci sauta par la fenêtre, mais fut immédiatement suivie par la malade, qui l'eût certainement frappée si on n'était intervenu. Mise au traitement bromuré (6 grammes par jour), cette malade n'a pas présenté depuis trois ans d'actes impulsifs.

A propos des impulsions, il est un fait très important à signaler et très utile à connaître en médecine légale : L'épileptique ne frappe pas comme un persécuté; il épuise sa rage sur sa victime. On a cité un cas où 63 blessures avaient été portées par le malade. Le persécuté, au contraire, ne donne qu'un seul coup.

Certains épileptiques présentent encore quelquefois un phénomène sur lequel je m'arrêterai un instant; je veux parler des *fugues inconscientes*. Ainsi, ces individus peuvent être pris du besoin automatique de marcher tout droit devant eux, sans but défini, et ils sont parfois loin de leur domicile lorsqu'ils reviennent à eux. J'ai vu avec M. Lasègue un malade qui prit un jour un billet de chemin de fer pour Marseille, et se trouva dans cette ville sans savoir comment il y était venu. Un an

après, ce même individu partait pour le Havre, et lorsqu'il revint à lui, il était sur un navire en vue de Bombay. C'est ce malade qui se tua devant la porte de l'appartement de sa femme, parce qu'elle refusait de le recevoir; son fils, qui l'accompagnait, se donna un coup de revolver immédiatement après. Cet évènement s'est passé à Paris en novembre 1875 et a donné lieu aux commentaires les plus erronés.

Les faits que nous venons de signaler vont nous servir à comprendre ce qu'on a appelé l'épilepsie larvée. Ces hommes, qui à certains moments vagabondent ainsi sans le savoir, sont affectés d'épilepsie fruste. La manifestation morbide est psychique : c'est l'épilepsie de l'intelligence. Un archéologue peut, à l'aide de quelques signes conservés sur une inscription, reconstituer entièrement cette inscription; de même le médecin doit, dans certains cas, s'emparer d'un mot de la phrase morbide, et avec ce mot reconstruire la phrase tout entière.

Les individus atteints d'épilepsie larvée sont susceptibles de présenter à des époques souvent périodiques des anomalies intellectuelles d'une durée très brève. On voit ces malades se livrer aux excentricités les plus bizarres; ils deviennent violents et agressifs, font de longues courses inconscientes, ont des impulsions irrésistibles et des tendances homicides. Ces actes sont toujours les mêmes et se répètent invariablement de la même façon; les impulsions sont toujours uniformes. J'ai eu occasion d'examiner un incendiaire qui mettait régulièrement le feu tous les mois. Cet homme était un épileptique larvé. Traité par le bromure de potassium, il n'a plus remis le feu depuis qu'il suit son traitement. Cette uniformité dans les impulsions, dans les actes, se retrouve chez les individus atteints de vertiges. Ainsi un jeune homme habitant au cinquième étage, descendait ses cinq étages après chaque vertige, prenait la soupière du concierge et remontait chez lui sans avoir conscience de ce qu'il avait fait. Un autre vertigineux sifflait le même air toutes les fois qu'il avait eu un vertige.

Je viens, Messieurs, de passer en revue devant vous certaines particularités de l'épilepsie. Je vous ai montré le malade atteint de vertige, d'accès incomplet, et sujet aux fugues inconscientes et aux impulsions irrésistibles. Pour terminer cette étude, je vous rappellerai l'observation de Michot, l'assassin de Montargis, qui présentait à lui seul en même temps que la grande attaque convulsive, toutes les autres manifestations de l'épilepsie dont nous venons de parler. Michot, âgé de 42 ans, avait des vertiges qui revenaient d'une façon périodique « au moment de la pleine lune ». Plus tard, il accusait des accès incomplets et des grandes attaques convulsives. Il avait aussi des fugues inconscientes et des impulsions terribles. C'est à la suite d'une de ces impulsions qu'il tua sa femme à coups de serpe, et se mit à faire à travers champs une course de 9 à 10 kilomètres, en massacrant sur son passage six personnes qu'il rencontra.

Vous voyez, Messieurs, combien il est important pour le médecin de connaître tous ces faits, et de savoir qu'un individu arrêté pour actes immoraux ou pour meurtre peut être un épileptique inconscient. L'observation minutieuse de toutes les manifestations de l'épilepsie, la connaissance exacte de tous les phénomènes insolites de cette affection, vous permettront de porter un diagnostic certain, et d'éclairer les tribunaux dans les affaires qui vous seront soumises.

CHRONIQUE

Une manifestation en l'honneur de M. Villemin. — Ceux qui sont au courant de la question si intéressante de la tuberculose savent quelle large part revient à M. Villemin, professeur au Val-de-Grâce, dans les progrès accomplis dans cette question depuis quinze ans. Voyant que diverses maladies contagieuses, comme la morve, produisaient des lésions analogues au tubercule, le savant professeur en vint à penser que le tubercule était un produit virulent, inoculable, et capable de reproduire par inoculation la tuberculose. Cette conception, née de ses méditations sur les maladies virulentes, fut pleinement démontrée par l'expérimentation.

Aujourd'hui que le fait est accepté sans conteste par tout le monde, on oublie peut-être un

peu trop, surtout à l'étranger, que c'est M. Villemin qui l'a le premier démontré. Pour réagir contre cette injustice, M. Verneuil a cru devoir réunir samedi dernier un certain nombre de ses collègues de la Faculté, de ses anciens élèves devenus agrégés, des hauts dignitaires du Corps de santé de l'armée de terre et de mer, dans un banquet en faveur du savant professeur du Val-de-Grâce.

Plusieurs toasts ont été prononcées par MM. Verneuil, Villemin, Bouchard, Rochard, Paul Reclus; nous en donnerons le texte dans un prochain numéro.

La femme-singe de Londres. — On montre en ce moment à l'aquarium de Westminster, à Londres, une petite fille de 7 ans, nommée *Krao*, qui présente plusieurs caractères simiens. Elle est couverte, sur tout le corps, de poils noirs, raides et lisses; sa face est très prognathe; elle possède la faculté de projection des lèvres en avant, développée presque au même degré que le chimpanzé, et sa moue, quand on l'agace, est tout à fait caractéristique; enfin elle a un pied préhensible et s'en sert pour ramasser à terre les objets les plus menus.

Les particularités que présente la petite *Krao* ont fait dire qu'elle n'est autre qu'un être intermédiaire entre l'homme et le singe, cet être si longtemps et si vainement cherché. Il n'en est rien. Un savant anthropologiste anglais, M. Keane, a examiné ce curieux sujet et le rapporte absolument au genre *Homo.* En effet, outre qu'elle possède le langage articulé et prononce même quelques mots anglais, la petite Krao présente une foule de caractères qui ne laissent aucun doute sur sa parenté avec les autres races humaines.

Krao vient de l'intérieur de l'Indo-Chine, du Laos; ses parents étaient également des hommes poilus, à en juger par les photographies prises par le voyageur Boek. S'appuyant sur ces deux faits, M. Keane cherche à démontrer, dans un article récent de *The Nature*, que l'enfant en question est une preuve de sa théorie sur l'existence dans le Laos d'une race d'hommes très poilus, analogues peut-être aux Aïnos de Jesso et de Sachaline. Cela, du reste, n'ajoute rien à l'intérêt tout spécial que présente Krao. Bien qu'elle rentre dans la catégorie des *hominiens*, elle mérite d'attirer l'attention de tous ceux qu'intéresse la question de la descendance de l'homme et de sa comparaison avec les primates. (*Revue d'anthropologie.*)

Projets de réforme du Corps médical de l'armée anglaise. — Nous lisons à ce sujet dans différents journaux : « Les plaintes sérieuses soulevées par l'administration sanitaire de l'armée d'Egypte, l'automne dernier, avaient conduit à la nomination d'une commission d'enquête. Celle-ci vient de faire son rapport, dont l'épigraphe pourrait être le proverbe : Le mieux est l'ennemi du bien. Jusqu'à ces dernières années, le service médical était géré d'une façon patriarcale et un peu aristocratique. Les chirurgiens avançaient à l'ancienneté dans leurs régiments, comme les autres officiers dont ils portaient l'uniforme et avec qui ils faisaient corps. Leurs examens d'entrée n'étaient pas d'une difficulté extrême et le meilleur de leur science venait de l'expérience. Ils jouissaient d'une autonomie assez grande quant à l'administration et à la dépense, sous la responsabilité du chef de régiment, de brigade ou de division et des officiers détachés au commissariat. Ces derniers ne constituaient pas une branche à part du service actif; ils sortaient du rang des combattants et y rentraient à l'occasion. Le système était un peu coûteux quelquefois, mais il marchait assez bien; chaque colonel, brigadier ou divisionnaire pouvait suivre de l'œil son chirurgien en chef et son quartier-maître principal. La vraie garantie d'efficacité du service et d'absence d'abus criants était le sentiment du devoir, l'esprit de solidarité d'un corps d'officiers tout composé de gens comme il faut.

Aux yeux des administrateurs modernes, une garantie de ce genre a beau avoir fait ses preuves pendant des générations, elle n'est pas admissible. Il faut du système, du classement, ordonnancement, paperasserie, corps spéciaux, contrôle au premier, au second, au troisième degré. Cela coûte encore plus, mais on peut, avec plusieurs écritures concordantes, trouver trois ou quatre ans plus tard où chaque boîte de pilules a passé. Pas un penny ne s'égare, mais les vies se perdent.

Le ministre de la guerre du dernier cabinet libéral, M. Cardwell, eut l'idée ingénieuse d'emprunter à l'administration militaire française la disposition qui excite tant de plaintes chez vous. Sans aller jusqu'à subordonner hiérarchiquement le Corps médical à l'intendance, il le mit dans une stricte dépendance administrative. Les hôpitaux militaires ne peuvent plus recevoir un paquet de charpie ou un bol de bouillon sans une paperasse signée, visée, contrôlée, etc. En Egypte, l'insuffisance des transports, accaparés pour le service des munitions et de l'artillerie, a laissé les ambulances en souffrance. Pendant les semaines qui se sont écoulées depuis la marche en avant d'Ismaïlia, jusqu'au rétablissement de la voie ferrée entre le Caire et Alexandrie, les hôpitaux ont été privés de matériel et de médicaments; bien plus, la nourriture a manqué, ou était de si mauvaise qualité, qu'elle causait un surcroît de souffrance aux blessés. L'interdiction absolue de rien acheter de ce qui figure sur les états des

magasins de l'armée a sa raison d'être en garnison; on n'avait pas jugé à propos de la lever en campagne et les chefs d'ambulance n'avaient pas de fonds. Heureusement l'armée ne manque pas d'officiers riches; elle était suivie d'une quantité de volontaires également bien pourvus; les Sociétés de secours aux blessés avaient envoyé leurs délégués qui, eux, n'étaient pas entravés par les règlements pour pourvoir au plus pressé. Sans ce que ces assistants indépendants ont pu faire, le mal aurait été considérable.

Lord Wolseley a dû reconnaître devant la commission que la dépendance où le service sanitaire avait été placé envers l'administration centralisée avait coûté de nombreuses vies et des infirmités incurables pendant l'expédition d'Egypte, si courte qu'elle ait été. Il a dû être dur pour M. Childers, ministre de la guerre alors, de voir sa réglementation maltraitée par le général favori, le factotum militaire des libéraux. La conclusion du rapport est que, à la mode anglaise, on s'était jeté d'un extrême dans un autre. Par souvenir de l'état des choses antédiluvien, signalé par les désastres de Crimée, on s'était lancé dans l'organisation à outrance. On en revient donc à laisser aux chefs de corps ou de service une latitude raisonnable pour remédier à l'insuffisance du règlement, ce dernier ne prévoyant rien avec la prétention de tout prévoir. Il vaut mieux perdre de l'argent que des hommes. »

Les femmes-médecins en Russie. — Dernièrement, deux membres de l'assemblée des médecins du gouvernement de Pskov, MM. Pomerantzev et Kougligov, firent un long discours sur les inconvénients qu'il y avait à confier à des femmes-médecins des fonctions publiques. Ils ne mettaient en doute ni leur capacité ni leur zèle; la chose eût été difficile, car il y a peu de temps une d'elles est morte à la tâche dans le cours d'une de ces épidémies de diphthérie si peu rares dans les campagnes russes. Ce que voulaient ménager les deux honorables membres du *Zemstvo*, c'était la pudeur des moujicks envers lesquels Vénus s'était montrée peu clémente. Jamais, au grand jamais, les syphilitiques n'oseront faire une confession à des femmes et réclamer leurs soins. A cela, les médecins qui faisaient partie de l'assemblée répondirent que dans les statistiques des districts dont les habitants étaient soignés par leurs confrères du sexe féminin, les affections syphilitiques étaient aussi nombreuses que dans les autres; que, par conséquent, la pudeur n'empêchait guère les gens de se soigner; que c'était un très faible facteur relativement à la diffusion de la maladie. Ces considérations ont convaincu l'assemblée, qui a passé à l'ordre du jour.

A la Société de médecine de Kasan, la même affection a été envisagée à un point de vue différent; on s'est demandé si le médecin était tenu à la discrétion envers un client syphilitique. Plusieurs membres présents ont répondu par la négative, déclarant que la syphilis ne pouvait en aucune façon être considérée comme un secret de famille. Affaire de mœurs ! D'autres ont dit que l'obligation du secret était en contradiction directe avec le règlement qui oblige d'envoyer les paysans infectés à l'hôpital. La Société n'a pas osé prendre une résolution et en a référé à la Faculté de médecine et à la Faculté de droit. (*Gazette hebdomadaire.*)

BIBLIOTHÈQUE

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE VÉGÉTALES rédigées conformément aux programmes officiels du 2 août 1880 pour l'enseignement de la botanique dans la classe de philosophie, et à l'usage des candidats au baccalauréat ès lettres, par H. BAILLON, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Ouvrage contenant 465 figures intercalées dans le texte. — Paris, librairie Hachette.

Ce livre se compose de trois parties : l'anatomie proprement dite, la morphologie générale et la physiologie végétale,

Dans la première partie, nous trouvons tout d'abord l'histoire détaillée du Phytoblaste, origine de tout végétal : « Toute cellule, comme toute plante ou tout organe d'une plante, quel qu'il soit, a commencé, autant que nous permettent de l'affirmer nos connaissances actuelles, par être une petite masse de matière organisée, azotée, molle, vivante, et que l'on a désignée sous le nom de *Phytoblaste.* » Cette intéressante histoire du phytoblaste est éclairée par des dessins charmants, et nous mène aux *travaux du phytoblaste* : « Le phytoblaste est, dans le végétal, le seul agent producteur. Tant qu'il vit, se nourrit, assimile et désassimile, il fabrique des matériaux divers : les uns destinés à être conservés, emmagasinés dans quelque portion de sa masse même; les autres destinés à être disséminés, transportés, à l'état soluble ou à l'état de gaz, dans les autres parties de la plante et même dans les milieux ambiants. Outre sa demeure, son enveloppe protectrice, le phytocyste, qu'il se construit dans un grand nombre de cas, et le suc cellulaire auquel il donne des qualités particulières, il

fabrique : des matières colorantes ou pigmentaires, de la fécule, de l'inuline, des matières sucrées, gommeuses, tanniques, grasses, aleuriques, des essences, des résines, gommes-résines, oléo-résines, du latex, des acides, des alcaloïdes, des sels cristallisés ou non, des cristalloïdes, etc..... »

Après avoir décrit et représenté tous ces produits, l'auteur étudie les tissus considérés dans les divers organes, racine, tige, feuilles, androcée, gynécée. On lit avec plaisir cet exposé si clair et si complet.

La seconde partie est consacré à la morphologie générale ; elle recherche l'origine des parties de la fleur, et décrit la métamorphose ascendante et descendante de la feuille. « Quelques exemples suffisent aujourd'hui à faire comprendre cette théorie si simple de la métamorphose. — Les cotylédons sont les premiers organes appendiculaires du Haricot. Chargés de fournir des aliments à la jeune plante, de rendre solubles et de consommer des matériaux de réserve pendant la germination, ils sont ici épais, charnus, blanchâtres. Les feuilles qui leur succèdent immédiatement en sont une première modification ; elles sont chargées, non pas de dépenser des matériaux accumulés, mais surtout d'en assimiler d'autres qui existent dans le milieu ambiant. Aussi deviennent-elles larges, membraneuses, gorgées de chlorophylle et pourvues de nombreuses bouches absorbantes. Mais ce sont, au fond, des organes foliaires, comme les cotylédons, et dans bien d'autres plantes il y a toutes les transitions possibles pour la forme, l'épaisseur, la couleur, entre le cotylédon blanc et charnu et la feuille verte et membraneuse. » On aime à suivre l'auteur dans le récit pittoresque des transformations des feuilles du Groseiller, du Camellia, du Rosier, du Magnolia, etc., aboutissant à cet adage : *Natura foliorum ac florum eadem est.*

Dans la troisième partie, l'auteur nous explique les fonctions des plantes : absorption, circulation, transpiration, respiration, nutrition, etc., etc. Une courte citation sur la fonction chlorophyllienne ne sera pas déplacée ici : « Si l'on place dans une atmosphère limitée une plante dont les feuilles ou d'autres organes sont colorés par la chlorophylle, il se produit d'abord des phénomènes de combustion respiratoire, dus à la substance protoplasmique, dont nous avons ci-dessus étudié les caractères, car nous savons que c'est toujours ce protoplasma qui sert de support au pigment chlorophyllien. Mais, de plus, et c'est ordinairement le phénomène prédominant en cette circonstance, l'acide carbonique est réduit, en sorte que son carbone étant fixé pour servir à la création de nouveaux matériaux, de l'oxygène se trouve dégagé, et la proportion de ce gaz va en augmentant dans l'enceinte limitée qu'on observe. Mais il y a une condition indispensable à la production de ce phénomène, c'est que la plante soit éclairée par les rayons directs du soleil, ou même par ceux de certaines lumières artificielles très vives. C'est ce phénomène qui a été désigné autrefois sous le nom impropre de *respiration diurne* ou *chlorophyllienne* des plantes. Mais ce n'est pas là un phénomène respiratoire ; c'est un phénomène de désassimilation. »

Ce livre, écrit avec clarté et élégance, est d'une lecture pleine d'intérêt. Des dessins nombreux mettent sous les yeux des lecteurs les objets décrits ; par exemple, les expériences qui ont conduit à la connaissance des fonctions des végétaux sont représentées avec une exactitude et un fini remarquables. La physiologie végétale, exposée de cette manière, est une belle et agréable introduction à l'étude de la physiolohie humaine ; et le livre qui la renferme devrait être, en particulier, dans les mains de tous les jeunes gens qui se destinent à l'étude de la médecine. — G. R.

MANUEL DE THÉRAPEUTIQUE, par M. le docteur BERLIOZ, avec une introduction de M. le professeur BOUCHARD. Paris, 1883 ; G. Masson.

Ce volume fait partie de la *Bibliothèque Diamant des Sciences médicales et biologiques*, et est le résumé du cours que le docteur Berlioz professe à l'Ecole de médecine de Grenoble. L'auteur, dans ce livre, s'est inspiré de cette pensée « que la thérapeutique est la physiologie mise au service du médecin. »

Dans l'introduction, M. le professenr Bouchard explique magistralement le rôle que la thérapeutique doit jouer maintenant dans la médecine. C'est en s'appuyant sur les données étiologiques qu'on peut établir cette thérapeutique, à laquelle il donne avec raison le nom de « thérapeutique pathogénique ». Tel est l'esprit qui a présidé à la rédaction de ce manuel, et qui certainement doit leur assurer le succès. — L. D.

DE L'ALBUMINURIE CONSÉCUTIVE AUX EXCITATIONS CUTANÉES, par le docteur KEMHADJIAN MIHRAN. Paris, 1882. Parent et Davy.

Cette thèse a été inspirée par M. le docteur Bouchard. Elle a pour but de démontrer que les

excitations cutanées diverses produisent l'albuminurie et que cette albuminurie varie en quantité suivant les agents excitateurs et la surface excitée. Généralement temporaire, elle est susceptible de devenir permanente à la suite d'altérations du tissu rénal,

Elle est donc sous la dépendance de troubles vaso-moteurs, suivant la théorie de Goodfellow et Landouzy. Mais la pathogénie de cette albuminurie présente encore des inconnues que ces théories ne peuvent expliquer. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Sur le surmenage du cœur, par FRAENTZEL. — Dans le premier fait, un journalier, livré d'ordinaire à un travail fatiguant, fut pris soudainement, en faisant des efforts pour soulever un fardeau excessif, de phénomènes douloureux simulant l'angine de poitrine. Il put cependant reprendre son travail, mais eut une rechute au déclin de laquelle apparut un commencement de gangrène des orteils, et la cyanose des mains. Fraëntzel admet que les hautes pressions artérielles, que maintiennent des efforts fatiguants et prolongés, aboutissent à forcer le cœur et le mettre en état d'insuffisance. L'hypertrophie peut venir alors au secours de l'organe. Les accès aigus, comme celui qui a été observé dans le cas actuel au début, sont dus à l'irritation des nerfs intracardiaques; enfin la dégénérescence graisseuse peut être l'aboutissant du surmenage cardiaque, comme chez le sujet de la deuxième observation : homme de 58 ans, de même condition que le précédent, mis à bas après quatre jours d'un travail au-dessus de ses forces. Il mourut au bout de vingt jours dans l'asystolie. L'autopsie démontre une dégénérescence graisseuse complète du ventricule droit, superficielle seulement du ventricule gauche, cette dernière lésion, d'après l'auteur, devant être rapportée à la dernière période de la vie. (*Charité Annalen* et *Jahresberichte*, 1882, 2ᵉ B.)

Les conséquences de l'obstruction des artères coronaires, par COHNHEIM et SCHULTHESS. — Les résultats obtenus par ces deux expérimentateurs diffèrent quelque peu de ceux signalés déjà par Bezold, Panum, Samuelson. Chez les chiens, la ligature d'un tronc coronaire est suivie, au bout d'une minute seulement, d'une arythmie croissante des deux moitiés du cœur, avec ralentissement du pouls et diminution légère de la pression. Après 105 secondes, les battements s'arrêtent subitement, et la pression tombe à 0°. Le cœur reste ainsi en diastole pendant 10 ou 20 secondes; finalement il reprend, pendant 40 ou 50 secondes, ses battements irréguliers et comme convulsifs, la pression étant presque toujours insignifiante. On n'observe pas d'œdème du poumon. L'obstruction des petits troncs coronaires n'a pas la même conséquence. Les mêmes résultats ont été obtenus chez les lapins. D'après les auteurs, il doivent être intégralement appliqués à la pathologie humaine (Embolie des coronaires, sclérose, thrombose). L'ictus cardiaque, si remarquable dans ces expériences, doit être, selon eux, attribué à une action toxique sur la fibre ou les nerfs du cœur, exercée par les déchets de la contraction musculaire, que la circulation ne peut plus entraîner à temps. (*Virch. Arch.*, B. 85 et *Id.*)

Névrose du pneumo-gastrique, par RIBRAM. — Ce cas rentre dans ceux qui ont été décrits sous le nom de tachycardie (Rœbsting) ou d'hyperkinésie cardiaque (Bamberger). Une femme de 30 ans souffrait depuis longtemps de palpitations, revenant surtout à la suite d'émotions. Dans une de ces crises, en décembre 1880, le pouls atteignit 200 pulsations, restant régulier, mais petit. La respiration était normale; l'appétit conservé, le sommeil intact. Deux jours après, le pouls monta à 220, 240 et 300 pulsations. Il était alors à peine perceptible; les bruits du cœur étaient remplacés par une sorte de murmure continu : la malade était constamment sous l'imminence d'une faiblesse; soudain le pouls redevint normal. Un peu avant la fin de cette crise, la voix devint rauque, probablement par paralysie du récurrent. La digitale et la faradisation restèrent d'ailleurs sans effet. On n'observa pas de diminution de la quantité d'urine, ni d'albuminurie. Cette observation de tachycardie offre ceci de particulier, qu'alors que cette affection est généralement, d'après Rœbsting, la conséquence d'une lésion organique des poumons, des gros vaisseaux, d'un cancer du médiastin, ou d'une altération nerveuse centrale, il n'est pas douteux qu'on ait eu affaire ici à une névrose essentielle du pneumogastrique. (*Wien. med. Woch.* 1882, n° 21.)

La splénotomie chez l'homme et les animaux, par ZESAS. — D'après l'auteur de cette revue, sur 20 splénotomies pratiquées à la suite de traumatismes graves de la cavité abdominale et d'ectopie splénique consécutive, il y aurait eu 20 guérisons; tandis que, dans 7 cas où la splénotomie avait paru commandée par des lésions organiques, on n'a eu que 3 succès. Cette opération ne lui en paraît pas moins de celles que la chirurgie moderne acceptera, avec l'ho-

rizon sans limites que lui ouvre le pansement antiseptique. L'analyse des cas de splénotomie malheureux lui fait conclure que c'est surtout une hémostase incomplète qui est la cause des revers : cas de Küchler; une branche de l'artère splénique n'avait pas été liée. Cas de Wells, la malade perdit beaucoup de sang, etc. Enfin les chances de l'opération ne doivent pas être compromises par une intervention trop tardive ou le début de la généralisation néoplasique. En appendice, l'auteur grossit sa statistique de 3 nouveaux faits : Volney-Dorsey. Extirpation d'une rate de paludique. Guérison. (Amérique). — Billroth. Mort quelques heures après l'opération. — Et une autre opération malheureuse en Italie (1868). (*Arch. f. klin. Ch. de Langenbeck*, n° 1, p. 157.)

R. LONGUET.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mai 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Présentations. — Rapport. — Communication : Note sur l'innervation collatérale à propos d'une résection du nerf médian ; discussion. — Présentation de pièce pathologique.

M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Denucé (de Bordeaux) et Hergott (de Nancy), membres correspondants, assistent à la séance.

— MM. HERGOTT et CHAUVEL présentent des brochures.

— M. TERRIER lit un rapport sur deux observations de M. le docteur Piéchaud (de Bordeaux) : 1° observation d'épiplocèle enkystée et enflammée; 2° observation de hernie ombilicale étranglée, opération, guérison.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments; 2° de déposer son travail aux archives.

Ces conclusions sont adoptées après un court échange d'observations contradictoires entre MM. Gillette, Després, Lucas-Championnière et M. le rapporteur.

— M. RICHELOT communique un travail intitulé : *Note sur l'innervation collatérale à propos d'une résection du nerf médian.* (Voir ce travail *in extenso* dans notre dernier numéro).

Après la *section complète* d'un des troncs nerveux du membre supérieur, la zone où se distribuent ses filets perd à la fois, mais non toujours et d'une manière absolue, les mouvements et la sensibilité.

La sensibilité peut être conservée dans une certaine mesure immédiatement après le traumatisme, ou bien se rétablir après un temps plus ou moins long. C'est à ce phénomène qu'on a donné le nom de *sensibilité suppléée*, *récurrente*, *collatérale*, parce qu'elle est due aux filets nerveux des troncs voisins. Mais, s'il est intéressant de constater, après les blessures des nerfs, le retour de la sensibilité par un mécanisme inattendu, nous devons convenir que ce phénomène est resté jusqu'ici à l'état de simple curiosité, et qu'il n'a pas rendu grand service aux malades. Ce n'est pas le retour de la sensibilité qui leur importe le plus après les sections nerveuses du membre supérieur, c'est le retour des mouvements, c'est la guérison des paralysies musculaires et des *griffes* qui en résultent. Or, nous ne connaissons pas d'innervation collatérale pour les muscles; après les sections nerveuses complètes, les paralysies musculaires et les griffes sont inévitables. Il y a bien, dans l'*Électrisation localisée* de Duchenne de Boulogne, quelques cas très rares de guérison de la paralysie et de retour des mouvements au bout de plusieurs années, sans doute par le fait d'une *régénération tardive* du tronc nerveux. Mais la régénération qu'on a pu réaliser chez les animaux, n'a pas encore été obtenue *chez l'homme*, pendant le traitement de la blessure, comme un résultat thérapeutique régulier et *précoce*, capable de prévenir les déformations et les griffes. En résumé, nous ne savons pas encore *guérir*, à proprement parler, les sections nerveuses complètes.

M. Richelot cite l'observation d'un homme de 26 ans, qui, à la suite d'un ancien traumatisme du coude, avait un névrome du médian placé au-dessus de cette articulation. Par l'atrophie d'un certain nombre de fibres nerveuses dans le tronc du médian, il y avait *anesthésie relative* dans la zone de ce nerf, et *paralysie incomplète* de tous les faisceaux musculaires qu'il innerve. Le névrome fut extirpé par M. Verneuil, parce qu'il était le siège d'une névralgie invétérée, devenue intolérable. Le malade sortit de l'hôpital, guéri de sa névralgie.

M. Richelot attire l'attention sur les phénomènes suivants : après la *résection* du nerf médian sur une étendue de plusieurs centimètres, la sensibilité ne fut pas abolie dans sa

sphère de distribution; c'est là un fait de sensibilité collatérale qui n'avait rien d'inattendu. Mais de plus, un certain nombre de faisceaux musculaires qui passent pour être innervés exclusivement par le médian, conservèrent leurs fonctions, et les doigts continuèrent à se mouvoir (flexion de la 2ᵉ et de la 3ᵉ phalange) beaucoup mieux qu'on ne pouvait s'y attendre. Il faut probablement attribuer ce fait d'*innervation collatérale musculaire*, qui n'a pas encore été signalé dans des observations authentiques, à la présence d'une anastomose entre le nerf médian et le nerf cubital à la partie supérieure de l'avant-bras, anastomose non décrite dans les Traités d'anatomie, et sur laquelle M. Verchère, interne des hôpitaux, vient d'attirer l'attention (voir *Union médicale*, 1883, p. 205). De cette anastomose, il résulte que le nerf cubital, *chez certains sujets*, innerve en partie le fléchisseur superficiel, et peut ainsi suppléer le médian dans une certaine mesure.

Mais c'est là un fait précaire, inconstant, qui ne donne pas généralement de résultats cliniques sérieux. Et M. Richelot conclut en disant que c'est à la solution du problème de la *régénération nerveuse chez l'homme*, que les cliniciens doivent consacrer leurs efforts.

M. Verneuil appuie les conclusions tirées par M. Richelot d'un fait observé dans son service de l'hôpital de la Pitié. Ce fait démontre que l'intégrité de la sensibilité dans la sphère de distribution d'un nerf sensitif n'implique nullement l'intégrité de ce nerf. M. Verneuil cite d'autres exemples propres à démontrer la vérité de cette proposition. Une jeune fille fut amenée dans son service à la Pitié; elle avait eu, vers l'âge de 5 ans, une fracture de l'avant-bras sur laquelle un chirurgien peu soigneux avait appliqué un appareil trop fortement serré. Il en résulta un eschare considérable à la partie antérieure de l'avant-bras et au poignet, et, consécutivement, une contracture des muscles fléchisseurs des doigts; cette contracture était telle que les ongles pénétraient dans les chairs.

En examinant cette jeune fille avec attention, M. Verneuil reconnut que les musles fléchisseurs avaient été compris dans l'eschare, et que la contracture était due à la rétraction du tissu cicatriciel ayant amené la rétraction du tendon. Il pensa pouvoir délivrer cette pauvre jeune fille, par l'extirpation de la cicatrice, de la torture à laquelle elle était condamnée, et rendre en même temps au pouce la liberté de ses mouvements. En explorant la sensibilité cutanée, il constata que la sensibilité de la peau de la main n'avait subi aucune altération. Il en conclut qu'il pouvait enlever la cicatrice par une dissection attentive des tissus qu'elle comprenait, sans craindre de couper le nerf médian. Or, à peine avait-il donné quelques coups de bistouri dans ce tissu anormal, il s'aperçut qu'il venait de couper quatre centimètres du nerf médian compris contre toute prévision dans le tissu de la cicatrice. L'examen microscopique, fait séance tenante, ne laissa aucun doute sur la réalité de l'extirpation d'un tronçon du nerf médian. M. Verneuil pensa avoir à jamais paralysé la main de cette jeune fille. Quelle ne fut pas sa surprise lorsque, revenant le soir à l'hôpital, il constata que la sensibilité de la main était aussi intacte qu'avant l'opération. En réfléchissant aux conditions du phénomène, M. Verneuil fut amené à conclure dans le même sens que M. Richelot.

Dans les observations anciennes de plaies avec section du nerf médian traitées par la suture des deux bouts du nerf divisé, on avait argué du retour de la sensibilité dans la sphère de distribution du nerf, pour conclure à la régénération des tubes nerveux par la suture; mais, comme il s'agissait là de maladies anciennes, il est plus rationnel de faire le raisonnement de M. Richelot et d'attribuer le retour de la sensibilité à son rétablissement par la voie de l'innervation collatérale, se faisant peu à peu au fur et à mesure de la destruction du nerf lésé.

Il ne faut donc pas conclure de l'intégrité de la sensibilité dans la sphère de distribution d'un nerf à l'intégrité de ce nerf, comme on a de la tendance à le faire quand il s'agit, par exemple, du diagnostic de certaines tumeurs profondes de la face, et en particulier de la mâchoire inférieure.

M. Polaillon a tenté la régénération des tubes nerveux par la suture des deux bouts du nerf radial dans les circonstances suivantes : Une femme de 31 ans s'était fait une blessure à la partie externe et moyenne du bras à travers un carreau de vitre. Il en était résulté immédiatement une impotence des muscles extenseurs des doigts. Elle fut pansée dans une pharmacie et rentra chez elle, où elle resta pendant quinze jours sans se préoccuper autrement de sa blessure. Au bout de quinze jours, voyant que l'impotence des muscles extenseurs persistait, elle entra dans le service de M. Polaillon à la Pitié.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, M. Polaillon constata la conservation de la sensibilité dans la presque totalité de la région innervée par le radial, mais la paralysie des extenseurs était complète; il y avait contracture des muscles fléchisseurs de la main et flexion des doigts.

Il existait une saillie notable à la partie externe du bras; M. Polaillon pensa qu'elle était

produite par la présence d'un fragment de verre resté dans la plaie, et, en effet, une incision faite à ce niveau lui permit de retirer ce corps étranger. Le membre fut placé dans l'immobilité et la demi-extension. Au bout de trois semaines ou un mois, comme les fonctions du membre ne se rétablissaient pas, M. Polaillon tenta l'avivement des deux bouts du nerf radial, qu'il réunit ensuite par une suture au catgut. Après l'opération, le membre fut de nouveau immobilisé, et on attendit. La plaie se cicatrisa par première intention presque dans toute son étendue; lorsque la cicatrisation fut complète, M. Polaillon constata que la sensibilité était à peu près intacte, mais la paralysie des extenseurs était tout aussi complète qu'auparavant. Les courants électriques appliqués pendant trois semaines ou un mois n'amenèrent aucune amélioration. Depuis, cette femme est retournée en Suisse, son pays natal, mais M. Polaillon espère la retrouver et pouvoir tenir la Société de chirurgie au courant des résultats de l'opération dont les effets ne se manifestent parfois qu'au bout de plusieurs années.

M. Richelot a vu dans un cas d'ablation de la moitié droite de la mâchoire inférieure par M. Verneuil, la sensibilité de la face, dans la zone du plexus mentonnier, se rétablir de la périphérie vers le centre par voie de suppléance, comme si les filets nerveux appartenant aux troncs voisins du nerf enlevé pénétraient peu à peu dans la région anesthésiée.

A M. Polaillon, M. Richelot fait observer que jusqu'ici la régénération des tubes nerveux par la suture des bouts du nerf divisé n'a jamais pu être obtenue chez l'homme. Il faut donc chercher autre chose. Il est vrai de dire que chez les animaux, on est arrivé à de meilleurs résultats, mais il semble que la suture n'a pas été la condition essentielle de cette régénération, puisqu'elle a pu se faire entre des bouts de nerf séparés par un intervalle de plusieurs centimètres. Il y aurait donc à chercher et à découvrir quelles sont les autres conditions physiologiques qui président au rétablissement des fonctions des nerfs divisés.

M. Polaillon ne comprend pas ce que M. Richelot entend par régénération nerveuse, s'il est défendu de prétendre à l'obtenir au moyen de la suture. Lorsqu'un nerf a été divisé, il est admis jusqu'à ce jour que la régénération nerveuse ne peut être obtenue qu'à la condition de la formation d'un tissu cicatriciel entre ses deux bouts, tissu cicatriciel à travers lequel les tubes nerveux des extrémités du nerf divisé peuvent se réunir par voie de régénération. Cela est si vrai que si l'écartement entre les deux bouts est trop considérable et dépasse une certaine limite, les deux bouts se cicatrisent isolément, le rétablissement de la continuité des tubes nerveux n'a pas lieu et, partant, le rétablissement des fonctions nerveuses ne peut se faire. Encore une fois, M. Polaillon ne comprend pas que le rétablissement de la continuité ou la régénération des tubes nerveux puisse se faire autrement que par le rapprochement des deux bouts du nerf divisé, rapprochement qui ne peut être mieux favorisé que par la suture.

M. Verneuil dit qu'il ne faut pas confondre, dans cette question, deux faits essentiellement distincts, savoir le rétablissement de la continuité des nerfs et le rétablissement de l'innervation. L'opération de la suture des nerfs divisés n'a jamais donné de résultat, du moins chez l'homme.

M. Polaillon dit que si le rétablissement des fonctions nerveuses par la suture a lieu chez les animaux, il n'y a pas de raison de penser qu'il ne puisse pas être obtenu également chez l'homme. Il ne désespère pas de pouvoir constater des résultats satisfaisants de l'opération qu'il a pratiquée chez la jeune femme dont il a relaté l'observation, puisque, ainsi que l'a fort bien remarqué M. Richelot, le rétablissement de l'innervation peut se faire après des années.

M. Richelot est d'accord avec M. Polaillon, quand il pense qu'avec la suture on peut obtenir la formation d'une cicatrice entre les deux bouts d'un nerf divisé; mais ce n'est point là ce qu'on appelle la régénération nerveuse; il faudrait que l'influx nerveux passât à travers la cicatrice; or c'est ce que les faits, jusqu'à présent, n'ont pas démontré *chez l'homme*. Chez les animaux, on obtient une régénération efficace, même lorsque les deux bouts du nerf sont restés à une distance de 4 centimètres l'un de l'autre. Comme M. Polaillon, M. Richelot pense qu'on pourra obtenir un jour les mêmes résultats chez l'homme; la suture des nerfs n'ayant rien donné à cet égard, il faut étudier les conditions physiologiques qui pourront nous faire atteindre ce but désiré.

M. Lannelongue a pratiqué une opération semblable à celle de M. Polaillon, chez un jeune homme de 20 ans, qui avait eu le nerf radial comprimé et détruit dans le cal volumineux d'une fracture de l'humérus. Après avoir extirpé ce cal, il pratiqua l'avivement des deux bouts du nerf radial et les réunit par la suture; puis, il immobilisa le membre et attendit le retour des fonctions nerveuses; mais, au bout de six mois, rien n'avait encore été obtenu.

Il ne suffit donc pas de rétablir la continuité du nerf divisé pour obtenir le rétablissement de ses fonctions; il y a là autre chose, comme l'a fort bien dit M. Richelot, mais nous ignorons quelles sont les conditions qui président au rétablissement de l'innervation, rétablissement dont la science possède des exemples très difficiles à expliquer. Tout ce que nous pouvons dire, quant à présent, au point de vue de la pratique chirurgicale, c'est qu'il faut placer le nerf divisé dans les meilleures conditions pour qu'il puisse se reproduire, végéter, pousser de nouveaux éléments nerveux.

— M. le docteur Robert, médecin-major, présente une pièce pathologique montrant les résultats d'une amputation sous-périostée du fémur. La note déposée à ce sujet par l'auteur est renvoyée à l'examen de M. Nicaise. — A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 18 au 24 mai 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,247. — Fièvre typhoïde, 46. — Variole, 19. — Rougeole, 45. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 20. — Diphthérie, croup, 41. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 8. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 56. — Phthisie pulmonaire, 238. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchites aiguës, 36. — Pneumonie, 95. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 48; au sein et mixte, 27; inconnus, 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 128; circulatoire, 72; respiratoire, 74; digestif, 60; génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulat. et muscles, 12. — Après traumatisme, 4. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 6.

Résumé de la 21e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 18 au 24 mai, 1,290 naissances et 1,247 décès.

Ce dernier chiffre est inférieur à la moyenne des décès constatés pendant les quatre dernières semaines, qui est de 1,259.

A l'égard des affections épidémiques et contagieuses, la comparaison des nombres de décès entre cette semaine et la précédente fait ressortir :

Une diminution pour la fièvre typhoïde (46 au lieu de 48) et la Diphthérie (41 au lieu de 47);

Une aggravation pour la Rougeole (45 au lieu de 33).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admission, pendant la période du 14 au 20 mai, supérieur pour la Fièvre typhoïde (92 au lieu de 85) et la Diphthérie (26 au lieu de 25) et inférieur pour la Variole (34 au lieu de 43).

FORMULAIRE

Traitement des scrofulides cutanées légères. — Grancher.

Dans le cas de scrofulides humides, telles que les gourmes et l'impétigo, cataplasmes au début ; au bout de 2 ou 3 jours, applications d'huiles de cade pure, ou mieux mélangée à parties égales avec de l'huile d'amandes douces. — Dans le cas de scrofulides sèches, telles que l'érythème ou le lichen, onctions de glycérine, soit pure, soit mélangée d'eau et d'alcool. Le glycéré d'amidon constitue aussi un excellent remède. — Contre l'acné punctata, applications de savon noir, 4 jours de suite, 4 jours de repos, puis onctions de savon noir. — Dans le cas d'ulcérations scrofuleuses anciennes à fond blafard, toucher avec le nitrate d'argent, ou à l'iodoforme. — N. G.

Concours du Bureau cenral. — Le concours pour deux places de chirurgiens au Bureau central s'est terminé jeudi dernier par la nomination de MM. Segond et Quénu. Nous adressons à nos deux nouveaux collègues nos félicitations les plus sincères pour leur brillant et légitime succès.

Nécrologie. — Le docteur de Sanctis, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Naples, et le baron Vincent Cesati, professeur de botanique à la même Faculté, viennent de mourir. C'est une perte cruelle pour la science et le corps enseignant italien.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 29 mai. — Nous avons dit que M. Fauvel, dans la Commission de la fièvre typhoïde, était un membre dissident. L'éminent académicien monte à la tribune, pour nous expliquer les motifs de son opposition.

Il ne veut pas, en premier lieu, que l'Académie se départisse d'un usage traditionnel. Et quel est donc cet usage antique et solennel, que la savante Compagnie vient d'oublier? C'est l'habitude de ne porter aucun jugement sur les opinions émises devant elle, sous peine de n'être plus considérée comme une libre tribune; c'est de laisser le public tirer lui-même les conclusions cachées dans la profondeur des discussions qui l'agitent. M. Fauvel admet seulement que si par hasard le gouvernement la consulte, l'Académie peut répondre.

Le second grief de M. Fauvel, c'est que la commission a tranché des questions où l'accord n'est pas unanime, et qui ne sont pas de la compétence de l'Académie. De peur de s'en tenir à des banalités inutiles, le rapport ose affirmer que l'encombrement de certains quartiers populeux est le résultat des travaux accomplis dans les quartiers du centre. En êtes-vous bien sûrs? Et d'ailleurs, c'est un problème qui ne doit pas vous arrêter, puisqu'il y a un Conseil d'hygiène et de salubrité. Les ouvriers, dites-vous, sont attirés dans Paris par l'impulsion qu'on a donnée aux travaux du bâtiment; pourquoi vous mêler d'une question d'économie sociale? Les égouts n'ont pas assez d'eau, c'est possible; mais ces détails regardent les ingénieurs. Inutile de répéter toutes ces choses à un gouvernement qui depuis longtemps s'en occupe.

Si respectueux que nous soyons de la parole autorisée de M. Fauvel, nous avouons ne partager qu'à demi la confiance qu'il paraît avoir dans la célérité, le bon vouloir, la compétence même de l'administration en matière d'hygiène. Qui donc poussera l'autorité à faire vite et à bien faire, sinon les médecins, réunis dans la première assemblée scientifique du pays? Qui donc sortira de l'ornière des usages traditionnels? Qui donc portera la parole au nom des intérêts vitaux de la population, si nous attendons qu'un ministère hanté par le démon de la politique songe à nous demander des avis?

Le discours de M. Fauvel se termine par un amendement, dont le fond ne diffère pas des conclusions du rapport, mais dont la forme est adoucie jusqu'à la timidité, car il se borne à signaler au gouvernement les questions débattues au sein de l'Académie, en affirmant l'intérêt qu'elle y attache, et s'en rapportant à lui pour tout le reste. Il est douteux que les hommes qui nous dirigent en subissent une impulsion irrésistible.

M. Blot est plus impitoyable encore pour les fameuses conclusions. Non content de les prendre une à une, il les dissèque mot par mot, et demande à la Commission ce qu'elle entend par un égout en *mauvais état*, un nettoyage *insuffisant*, une eau qui n'a pas la pureté *nécessaire*, un logement *proprement tenu*. N'y a-t-il pas tous les degrés dans le nettoyage, la pureté des eaux et la propreté d'un logement? La Commission, loin d'avoir été trop ferme, comme le disait M. Fauvel, s'est montrée vague et indécise.

Le rapport est brillamment défendu. M. Bergeron fait voir qu'il est dans les traditions de l'Académie de soulever des questions d'intérêt public, et de les remuer jusqu'au jour où les pouvoirs publics finissent par y prêter attention : la loi Roussel,

née au sein de l'Académie, est là pour le démontrer. Quant à M. Jules Rochard, l'auteur du rapport, nous n'avons pas besoin de dire avec quelle verve il défend son œuvre, quel talent et quelle vigueur il déploie pour persuader l'Académie de sa propre compétence dans les problèmes d'hygiène sociale sous toutes les formes qu'ils peuvent revêtir. Rester indifférente aux questions que toutes les Sociétés savantes ont à cœur d'agiter, c'est, pour la première d'entre elles, se condamner à perdre tout crédit et bientôt à s'éteindre. Se montrer impuissante à rien conclure, à formuler aucun vœu, c'est renoncer au droit d'interpeller un jour l'autorité, quand reviendra le fléau, et de lui dire : « Ces travaux d'assainissement, ces grandes mesures d'hygiène que vous avez promises, où sont-elles? Qu'avez-vous fait depuis les dernières épidémies? Quel temps, quelles veilles avez-vous consacrés à l'étude des problèmes que vous deviez résoudre? » L'Académie a en elle trop de vigueur et de jeunesse pour ne pas faire entendre sa voix. — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

HERPÈS LABIAL, FIÈVRE ÉRUPTIVE.

Observation communiquée à la Société de médecine de Gannat,

Par le docteur LAGOUT, d'Aigueperse (1).

OBSERVATION. — Une jeune femme de 24 ans, que j'avais assistée à son premier accouchement quinze jours auparavant, me fait appeler le mercredi 14 juin.

Cette jeune femme était relevée de ses couches depuis cinq à six jours, et commençait à reprendre ses occupations de ménage, lorsqu'elle fut prise vers midi d'un violent frisson pendant près de deux heures, et lorsque j'arrivai dans la soirée, je trouvai la malade sous l'influence d'une fièvre violente. Pouls à 130, peau brûlante, céphalalgie intense, rachialgie, anorexie; le bas-ventre est sensible au toucher, surtout dans la fosse iliaque gauche, et la constipation est habituelle depuis l'accouchement; il n'y a pas eu de selles depuis plus de deux jours.

Je constate que, depuis quelques heures, l'économie a été mise en demeure de se débarrasser d'un principe morbide quelconque, au moyen de la fièvre que j'observe. Mais aucune contagion ne peut être admise : la malade habite une ferme isolée, parfaitement située au point de vue de l'hygiène; la constitution médicale du moment ne fournit aucun indice de fièvres éruptives contagieuses; la malade n'a pas quitté son logis.

Ayant donc rejeté l'*introduction* d'un élément morbide, il nous reste à rechercher sa *formation* comme cause de la fièvre. Deux hypothèses se présentent à mon esprit : l'herpès ou l'érysipèle.

Je ne trouve pas chez ma malade les conditions ordinaires de l'apparition de l'herpès, c'est-à-dire un refroidissement qui saisit le sujet pendant qu'il est en sueur. Mais je n'ai pas besoin de cette cause accidentelle pour admettre la possibilité de l'herpès, puisque, d'après mes observations antérieures, et d'après le professeur Hardy, les femmes en couches ou nouvelle-

(1) Les idées de M. le docteur Lagout sur la nature de l'herpès labial sont déjà connues de nos lecteurs; l'UNION MÉDICALE a publié une observation analogue du même auteur dans son numéro du 22 juin 1882,

Nous insérons avec plaisir ce nouveau fait. Mais ce n'est pas sans faire nos réserves sur les préoccupations théoriques qui apparaissent dès les premières lignes de l'observation, sur la façon dont notre distingué confrère voit dans la fièvre un procédé de la nature pour « éliminer un produit éruptif », ou admet la « formation du germe morbide » dans un organisme prédisposé.

Nous regrettons que l'auteur n'ait pas touché sa malade le premier jour, afin de reconnaître les causes possibles de la sensibilité abdominale, et que dès le second jour il n'ait plus pensé aux « organes génitaux comme support de l'élément morbide ». Cette exploration l'eût peut-être engagé à discuter un diagnostic plus simple, tel que celui de phlegmon du ligament large, adéno-lymphite péri-utérine terminée par résolution, chez une femme qui s'est levée et fatiguée dix jours après l'accouchement; hypothèse qui, d'après les termes de l'observation, nous semblerait acceptable.

Quelle que soit d'ailleurs l'interprétation du fait, nous prions M. Lagout de voir dans nos critiques une preuve de l'intérêt qui s'attache, pour nous, au développement de ses idées sur la nature des manifestations herpétiques. (*Note de la Rédaction.*)

ment accouchées sont prédisposées à cette fièvre; c'est-à-dire qu'il y a chez les nouvelles accouchées des conditions spéciales qui favorisent la production de ce principe morbide, en dehors de ses causes habituelles. Je retiens donc la possibilité du diagnostic : herpès labial.

Mais ce diagnostic n'est pas dégagé de toute cause d'erreur, et si je me réserve de ne le formuler à la famille qu'à ma prochaine visite, c'est que j'ai à tenir compte de la sensibilité du bas-ventre et de la fosse iliaque gauche en particulier. Il pourrait se faire que le produit d'une incubation érysipélateuse vînt à se fixer à la matrice où à ses annexes.

Je prescris : lavement émollient, cataplasme sur le bas-ventre, limonade gazeuse pour tisane, potion contenant 1 gramme d'alcoolature d'aconit, bouillons maigres; suspendre l'allaitement.

Le lendemain 15 juin, dans la soirée, je trouve la malade sous l'influence de la même fièvre; céphalalgie aussi violente, mêmes douleurs de reins, rien à la poitrine, rien à la gorge: mais le bas-ventre est en bien meilleur état que la veille, il n'est plus douloureux au toucher; le lavement a provoqué une selle abondante, qui a enlevé ce sentiment de plénitude douloureuse du petit bassin; la soif est toujours vive. La situation actuelle me permet donc de ne plus me préoccuper des organes génitaux comme support de l'élément morbide que je cherche à déterminer. Je ne vois que l'herpès labial où la variole qui puisse causer une fièvre violente.

A ne considérer que les phénomènes qui prédominent, la céphalalgie et la rachialgie, je défierais le clinicien le plus expérimenté de distinguer la fièvre éliminatrice de la variole de celle de l'herpès. C'est une conviction que j'ai acquise lors de l'épidémie d'herpès labial que j'ai observée en 1864; je n'avais alors d'autres raisons pour poser mon diagnostic, que la constitution médicale du moment. Ici, mes seules raisons pour annoncer l'herpès labial, sont d'une part l'exclusion de l'érysipèle dont j'avais conçu d'abord la possibilité, et d'autre part, la prédisposition à l'herpès où se trouve ma malade, par le fait de l'état puerpéral. Notez qu'il n'existe encore aucune trace de vésicules, ni aux lèvres, ni aux amygdales.

Le 16 juin au matin, un membre de la famille vint me dire que la nuit a été encore plus mauvaise que les autres; de l'insomnie, de l'agitation, des moments de délire, des vomissements, une céphalalgie insupportable; et que l'éruption aux lèvres, que j'avais annoncée, ne s'est pas montrée.

Je me rends près de la malade dans l'après-midi, à la même heure environ que les jours précédents; je trouve en arrivant la confirmation de mon diagnostic : première apparition de deux plaques d'herpès à la lèvre inférieure, à gauche et à droite, à égale distance des commissures. Ces plaques rosées, parsemées de petites vésicules transparentes, de bonne nature, bien franches, me font porter le meilleur pronostic.

Cette éruption n'a débuté dans son évolution qu'après midi, à la même heure environ que le frisson initial de l'avant-veille; il a donc fallu quarante-huit heures de fièvre violente pour l'élimination du produit éruptif à son lieu d'élection.

Cette éruption normale a déjà procuré à la malade une détente générale, une grande diminution de la céphalalgie et du lumbago. Le pouls est encore à 110; la chaleur de la peau a diminué; la langue est encore très saburrale, mais il n'y a plus ni vomissements, ni nausées. Cette amélioration résulte de l'évolution régulière d'une fièvre éruptive franche; mais l'évolution n'est pas terminée au moment de la première poussée, et la fièvre ne cesse complètement qu'à l'achèvement régulier de l'éruption.

Cette remarque me conduit à rappeler que quelques auteurs, Grisolle entre autres, avaient tenté l'expression *critique* pour formuler l'amélioration qui succède à l'éruption des lèvres dans les cas de pneumonies. Cette expression de *crise*, ou d'*épiphénomène* (Hardy), ne me semble pas plus applicable dans le cas d'herpès aux lèvres que dans celui d'herpès au poumon. L'herpès est une éruption qui est constante dans la marche régulière de cette fièvre spéciale, qu'elle ait lieu tout d'abord au poumon ou à la gorge, ou qu'elle se montre seulement aux lèvres, comme dans notre observation.

Le pronostic déduit de la régularité de la marche et de la nature normale des vésicules, s'est bien réalisé. La fièvre a été en décroissant jusqu'au sixième jour. Trois nouvelles plaques d'herpès, de moindre dimension que les premières, se sont développées sur la lèvre supérieure et sur un des sillons naso-labiaux. Le huitième jour, la malade était en pleine convalescence, ayant encore aux lèvres les croûtes desséchées de son herpès.

Cette observation, dans laquelle les phénomènes pathologiques ont accompli leur évolution d'une façon si régulière, me permet de résumer les déductions cliniques que j'ai eu l'honneur de soumettre à la bienveillante attention de notre Société médicale au sujet de l'herpès labialis, déductions qui se trouvent éparses dans nos comptes rendus depuis près de vingt ans.

1° *Dénomination.* — Si j'ai conservé à cette affection le nom d'*herpès labialis*, malgré Hebra, qui a proposé celui d'herpès facialis, ou le professeur Hardy, qui veut qu'on dise herpès fébrile, c'est parce que ce nom est classique dans tous les traités de dermatologie, et parce que l'éruption aux lèvres est tellement la règle générale que, dans l'observation qui précède, je n'ai pas hésité à l'annoncer près de vingt heures avant son apparition.

2° *Classification.* — C'est dans le cadre des fièvres éruptives que j'ai rangé l'herpès labialis, et je ne crois pas qu'on puisse en concevoir un type plus parfait que l'observation qui précède.

Nous voyons en général une période d'incubation dont la durée moyenne est de quarante-huit heures, entre le refroidissement initial et le frisson caractéristique de la seconde période. Ce frisson est le début de la fièvre d'élimination.

L'observation qui précède ne contient pas le refroidissement, comme cause appréciable de la période d'incubation; mais les nouvelles accouchées sont prédisposées à l'herpès labial. Je peux donc dire que cette période d'incubation est appréciable dans les cas ordinaires, et qu'elle se trouve à l'état latent chez les nouvelles accouchées.

Maintenant, comme toutes les fièvres éruptives, l'herpès labial a une seconde période qui débute par un violent frisson, et, si l'éruption ne se fait pas prématurément sur les amygdales ou les poumons, il faut encore attendre quarante-huit heures le début de l'élimination aux lèvres. Mais toujours, que les amygdales ou le poumon soient pris, l'élimination se terminera aux lèvres en plus ou moins grande quantité.

Cette marche évolutive a fait dire au professeur Hardy que l'herpès fébrile n'était qu'un épiphénomène d'une autre maladie, et « surtout de la pneumonie ». Quant à moi, j'ai affirmé le caractère spécifique de cette fièvre, l'herpès labial, alors même que l'éruption se fait primitivement au poumon, et mon affirmation s'appuie sur le *Traité des angines* de Lasègue, qui dit, en parlant de l'angine herpétique : « Le « doute n'est plus permis, quand, en même temps, il se développe aux lèvres un « groupe d'herpès ». Il me semble que, si le doute n'est pas permis pour l'angine, il ne doit pas l'être davantage pour la pneumonie.

La dernière objection qui me reste à réfuter, est celle de quelques-uns de nos collègues, qui ne peuvent laisser admettre l'herpès dans le cadre des fièvres éruptives, parce qu'il n'est pas contagieux. Quoique certains auteurs aient admis la contagion de l'herpès par inoculation, il n'en est pas moins vrai que le foyer (fût-il contagieux) est si peu de chose, occupe si peu de surface, que l'on ne doit avoir rien à craindre de son rayonnement. Mais est-ce une raison pour ne pas admettre, comme fièvre éruptive, une fièvre qui *élimine une éruption?*

Je n'ai plus qu'à formuler mes *conclusions :*

Un des attributs incontestables de l'herpès considéré comme fièvre éruptive est d'éliminer son produit sur les amygdales ou sur le poumon. C'est alors que l'on constate : angine herpétique (Lasègue), ou pneumonie herpétique (Parrot et Lagout), pneumonie franche aiguë (Ch. Fernet). Dans l'un et l'autre cas, l'amygdale ou le poumon ne servent que de support à l'éruption, et l'inflammation de ces organes n'est incitée que par le principe morbide qui vient s'y fixer.

J'ai donc pensé, et depuis longtemps déjà, que cette pneumonie, une des plus ordinaires de celles que nous observons dans nos campagnes, ne devait plus être considérée comme une inflammation banale, mais bien comme un herpès du poumon, parcourant, là comme ailleurs, toutes les phases d'une fièvre éruptive régulière ou irrégulière.

Si M. Ch. Fernet a cru devoir adopter le nom de pneumonie franche aiguë, je crois qu'il juge trop favorablement une fièvre éruptive dont les constitutions médicales modifient trop souvent l'évolution.

Quant au genre d'herpès auquel M. Ch. Fernet assimilerait l'éruption du poumon, c'est au zona qu'il donnerait la préférence. Sans discuter les raisons sur lesquelles

il s'appuie, je dirai que j'ai toujours constaté l'herpès labialis comme manifestation terminale de la pneumonie herpétique, et que jamais je n'ai observé le zona comme fièvre éruptive.

De cette éruption spécifique qui constitue une pneumonie spécifique, j'ai tiré une conclusion, formulée depuis longtemps au sein de notre Société, à savoir, qu'il n'y a pas de *pneumonies essentielles*, et que toutes les inflammations pulmonaires sont sous la dépendance d'une cause morbide spécifique.

Nos comptes rendus renferment déjà un assez grand nombre d'observations communiquées par moi, et qui toutes n'ont qu'un but : poursuivre la recherche des causes qui président aux pneumonies catarrhales, érysipélateuses, herpétiques, paludéennes, rhumatismales, goutteuses, miliaires.

On conçoit facilement les différences énormes qui doivent se produire lorsque l'inflammation pulmonaire dépend de cette variété de causes, et lorsque chacune de ces causes emprunte à la constitution médicale du moment un degré de bénignité ou de malignité si variable.

La thérapeutique considère encore la pneumonie comme toujours identique à elle-même, et naturellement elle se fonde sur les résultats fournis par la statistique. Quoi de plus erroné en principe et en application? Il m'en revient une preuve à la mémoire : M. Bonnemaison, de Toulouse, écrit une excellente monographie sur la pneumonie maligne qu'il observe sous l'influence d'une constitution médicale désastreuse. Naturellement sa statistique accuse une mortalité exceptionnelle. Plus récemment, un médecin, également de Toulouse, publie un mémoire où il demande à la statistique si le vésicatoire est utile dans le traitement de la pneumonie. Il ne met pas de vésicatoires à ses malades, et sa mortalité se chiffre par 0 sur 100. Supposez M. Bonnemaison posant la même question à la statistique; quelle différence dans la réponse!

Dans les observations que renferment nos comptes rendus, j'ai relaté une épidémie de pneumonies catarrhales, qui n'a fourni aucun décès à la constitution médicale du moment; mais je me serais bien gardé de les additionner avec les pneumonies miliaires, par exemple, dont nous avons observé trois cas avec mon confrère Degeorges, tous les trois terminés par la mort.

Ma conviction est donc que le praticien, dans l'étude de la pneumonie, ne doit pas se borner à suivre les préceptes si bien tracés par Laennec, mais qu'il doit chercher l'élément morbide qui engendre l'altération pulmonaire. C'est la voie la plus sûre pour nous guider dans le pronostic et le traitement de cette maladie.

JOURNAL DES JOURNAUX

Epanchement purulent du péritoine; ponction; lavage; guérison, par Peltzer. — L'origine de cet épanchement est rapporté à une perforation de l'appendice vermiforme du cœcum. Quoi qu'il en soit de ce diagnostic un peu aventuré, les accidents s'étaient manifestés soudainement par une douleur abdominale très vive et des symptômes généraux de péritonisme. L'épanchement avait été reconnu de bonne heure: il s'y joignit du tympanisme, de la dyspnée, des vomissements, de la fièvre et une aggravation assez rapide de l'état général. A la suite d'une consultation, une ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz révéla la présence d'un pus épais et fétide; le lendemain, une ponction faite au Dieulafoy à 2 centimètres à gauche de la ligne blanche et à 7 centimètres au-dessous du nombril, au siège même de la matité la plus prononcée, retirait environ 500 grammes d'un pus crèmeux, foncé et odorant. Séance tenante on injectait 200 grammes d'une solution salicylée à 1/3 p. 100 et chauffée à 38°, jusqu'à ce qu'on obtînt une eau à peu près transparente à la sortie. La petite plaie d'opération fut recouverte par un pansement à la jute phéniquée. L'amélioration générale fut presque immédiate; mais, cinq jours après, une sorte de rechute nécessitait une nouvelle ponction; un quart de litre de liquide seulement était extrait; injection salicylée comme la première fois, mais en moins grande quantité. La malade a marché dès lors vers la guérison, définitive 52 jours après le début des accidents. (*Deutsch milit. Zeitschrift*, 1882, juillet.)

La naphthaline, par Fischer. — Une des substances auxquelles pourrait échoir la succes-

sion de l'iodoforme. On s'en est servi avec le plus grand succès à la clinique chirurgicale de Strasbourg. Son action antiseptique est plus prononcée que celle de l'iodoforme et son prix est cinq fois moins élevé. Employée comme désinfectant dans les salles de scarlatineux et diphthéritiques (enfants), on n'a plus eu à constater le développement de cas intérieurs. Il n'a pas été observé de cas d'intoxication, comme à la suite de l'emploi de l'acide phénique ou de l'iodoforme; les urines prennent moins fréquemment qu'avec l'acide phénique une teinte noire; l'action irritante locale est très faible. On s'habitue facilement à son odeur. (*Saint-Pétersb. med. W. — London med. Rec.*, 15 août.)

Emploi du sang défibriné en lavements, par MÖLLER. — Des essais de ce genre ont été également faits en Angleterre avec un certain succès. Les expériences de Möller et Nosler ne sont pas moins encourageantes. Elles arrivent à fixer comme quantité maxima de sang de porc défibriné pour un lavement, 100 grammes. Au-dessus de ce chiffre, le sang est rendu par les selles en nature. Au début, ce sang était chauffé à la température du corps; cette précaution a été démontrée inutile par la suite; 1 p. 100 de chloral est ajouté au sang défibriné et froid. Un état catarrhal de l'intestin s'oppose à l'absorption. Dans toute autre circonstance, l'absorption, dans les conditions mentionnées, s'opère avec facilité, et il s'en suit un effet corroborant manifeste. Le nombre des globules s'accroît, le poids augmente, les fonctions digestives se rétablissent. La quantité des matières extractives de l'urine croît en proportion; on n'y trouve ni albumine, ni pigment biliaire, ni hématies, mais une augmentation de l'indican dans quelques cas. Les indications sont celles beaucoup plus étendues de la transfusion. (*Deutsch. med. Wochenschrift*, 1881, 45-46.)

Quadruple amputation; guérison, par W.-Z. TREMAINE. — Dans l'hiver de 1872, le nommé Henchy, âgé de 35 ans, fut apporté à fort Dodge avec une gangrène par congélation des quatre extrémités. La gangrène s'était déjà limitée, et l'élimination des parties mortes commençait. Néanmoins l'intervention était indiquée, mais le malade la refusa d'abord, pour finir par l'accepter sous la menace d'accidents septicémiques. Les quatre membres furent amputés par la méthode circulaire (jambes, tiers inférieur; bras, *id.*) et placés sous le pansement ouaté de Guérin alors dans toute sa faveur. Le pansement fut enlevé au douzième jour seulement. Les moignons étaient parfaitement cicatrisés, à part une petite surface granuleuse de la jambe gauche, qui ne tarda pas à se fermer. Le malheureux mutilé voyage avec un barnum et a là une véritable situation.

L'auteur dit ne connaître qu'un seul fait de cette nature dû à Billroth. Le malade de l'hôpital de Zurich, avec une congélation des quatre membres, refusa l'amputation et succomba à la pyohémie. Il aurait pu citer cepenant le fait de Champenois, alors médecin en chef de l'hôpital de Blidah (Algérie), qui pratiqua avec succès une quadruple amputation sur un jeune Arabe à la suite d'un accident de chemin de fer. (*New-York med. J.*, janv. 1882.)

R. LONGUET.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature :

De MM. Brames, de Quatrefages, Durand-Claye, Magitot, Worms, pour la section des associés libres;

De MM. Le Dentu, Lannelongue, Périer, pour la section de pathologie chirurgicale;

De M. Blachez, pour la section de thérapeutique;

De M. Berne (de Lyon), pour la place de membre correspondant national.

2° Une note de M. le docteur Pons sur les épidémies qui ont régné dans les environs du Vigan (Gard).

3° Une lettre de M. le docteur Dupré, sénateur, qui émet le vœu que l'Académie ouvre la discussion sur les mesures à prendre vis-à-vis des aliénés.

4° Une lettre de M. Maze, qui envoie son rapport sur les modifications à apporter à la loi des logements insalubres.

M. DEPAUL présente : 1° au nom de M. le docteur Charpentier, le deuxième volume de son

Traité de l'art des accouchements; — 2° au nom de M. Hergott (de Nancy), membre correspondant, une brochure intitulée : *Spondylizème et spondylolisthisis,* ou malformation du bassin et de la partie inférieure de la colonne vertébrale.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Joly, médecin aide-major, une observation de myélite ascendante aiguë des cornes antérieures.

M. ROCHARD présente : 1° au nom de M. Bérenger-Féraud, membre correspondant, un ouvrage intitulé : *La race provençale; caractères anthropologiques;* — 2° au nom de M. le docteur Lucien Pénard (de Rochefort), un exemplaire de la sixième édition du *Guide de l'accoucheur et de la sage-femme;* — 3° au nom de M. Durand Claye, ingénieur, une série de travaux sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

M. BROUARDEL présente, au nom de M. le docteur Tomasi (de Rome), une brochure intitulée : *Étude sur l'assainissement de la campagne de Rome;* — 2° au nom de M. Charles Desmazes, une brochure sur les aliénés et la réforme de la loi de 1838.

—

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national. Voici l'ordre de classement des candidats par la commission :

En première ligne, M. Cazeneuve (de Lille); — en deuxième ligne, *ex æquo,* MM. Durand-Fardel, Fonssagrives, Rouget, Tholozan et Tourdes.

Le nombre des votants étant de 67, majorité 34, M. Cazeneuve obtient 48 voix, M. Fonssagrives 10, M. Durand-Fardel 5, M. Tholozan 3, M. Tourdes 1.

En conséquence, M. Cazeneuve ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé national.

—

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de la commission chargée de présenter à l'Académie des conclusions relatives à la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — La parole est à M. FAUVEL.

L'orateur déclare qu'il est en désaccord avec la commission sur trois points.

1° Sur l'opportunité de se départir des usages traditionnels de l'Académie en matière de discussion scientifique;

2° Sur les opinions émises par la Commission qui tranchent des questions contestées ou qui sont en dehors de la compétence de l'Académie;

3° Sur la forme donnée aux vœux qui doivent être présentés au Gouvernement.

M. Fauvel propose de substituer la formule suivante : L'Académie a entendu avec le plus grand intérêt les communications faites dans le cours de la discussion sur la fièvre typhoïde, touchant l'étiologie et la prophylaxie de cette maladie, et elle attache une grande importance à ce que le Gouvernement sache qu'elle ne saurait rester indifférente aux solutions qui seront données aux questions soulevées devant elle. L'Académie n'ignore pas que la plupart de ces questions ont été, dans ces derniers temps, l'objet des préoccupations des autorités supérieures, et que des études sérieuses ont été entreprises pour remédier aux diverses causes de l'insalubrité actuelle à Paris. Cependant, elle ne croit pas inutile de former des vœux pour que ces études aboutissent le plus tôt possible au résultat désiré.

C'est pourquoi, sans se départir des usages traditionnels de n'émettre aucun jugement sur la valeur intrinsèque de chacune des opinions émises dans le cours de la discussion, l'Académie recommande vivement les questions traitées devant elle à la sollicitude du Gouvernemant. Ces questions sont relatives : au fonctionnement défectueux des égouts, à l'infection provenant des dépotoirs et des usines à sulfate d'ammoniaque qui entourent Paris, à l'assainissement de la Seine, à la mauvaise distribution des eaux potables livrées au public et à leur insuffisance, à l'insalubrité actuelle des maisons par les cabinets d'aisance, à la nécessité d'exécuter strictement et d'améliorer la loi qui régit les logements insalubres, aux agglomérations ouvrières, en un mot à toutes les causes d'insalubrité signalées dans le cours de la discussion.

De plus, comme corollaire, l'Académie croit devoir appuyer de toute son autorité le vœu depuis longtemps formulé que ce qui touche à la santé publique en France soit, à l'exemple d'autres pays, placé sous une direction spéciale et compétente qui assurerait l'exécution des mesures relatives à l'hygiène publique.

M. BERGERON ne vient pas défendre les conclusions de la commission, M. le rapporteur s'acquittera de cette tâche avec son éloquence et son succès ordinaire; il veut seulement ne pas laisser passer sans protestation une assertion de M. Fauvel qui craint que les conclusions de la commission, si elles étaient adoptées, n'eût pour effet fâcheux de compromettre la dignité et la considération de l'Académie.

M. Bergeron déclare que la majorité de la commission a, tout autant que M. Fauvel, souci de la dignité et de la considération de l'Académie; il pense que ces intérêts seront mieux sauvegardés par l'intervention de l'Académie auprès des pouvoirs publics que par le silence ou l'effacement conseillés par M. Fauvel. Il n'est pas admissible, en effet, que cette Compagnie savante, créée dans le but d'éclairer le gouvernement sur les questions d'hygiène et de salubrité publique, ait passé six mois à discuter la question de la fièvre typhoïde sans dire son mot sur les mesures à prendre en vue d'assurer la prophylaxie contre cette maladie.

Il ne s'agit pas, en effet, de l'étiologie ni de la pathogénie de la fièvre typhoïde, mais seulement des mesures d'hygiène et de prophylaxie qui s'y rattachent. En votant ces conclusions, l'Académie ne risque pas de se compromettre; elle ne sortira pas non plus de ses habitudes et de ses traditions en signalant et en recommandant à l'adoption des pouvoirs publics les mesures indiquées dans les conclusions du rapport de la commission. C'est de l'initiative de l'Académie, en effet, qu'est née la loi de protection des enfants du premier âge dont le projet a été présenté par M. Théophile Roussel; c'est également à l'initiative de l'Académie qu'est due la rédaction d'un *Avis au peuple* sur les dangers de l'alcoolisme, affiché aujourd'hui dans un grand nombre d'établissements publics.

De même l'Académie ne dérogera ni à sa dignité, ni à sa tradition, elle ne sortira pas de sa compétence, quand elle indiquera à l'autorité les causes de la mortalité de la fièvre typhoïde et les moyens d'y remédier.

M. Blot trouve les conclusions de la Commission par trop vagues et insuffisantes. Quand on a la prétention de donner à quelqu'un des conseils qu'il ne demande pas, au moins faut-il que ces conseils lui apprennent quelque chose. Or M. Blot défie que l'on puisse tirer des conclusions de la Commission un conseil précis. Que signifie cette invitation à l'autorité de prendre les « mesures nécessaires? » — de veiller à ce que les logements soient « proprement tenus? » — que ces logements ne contiennent pas plus de locataires « qu'il ne convient? » — Ce sont là des expressions vagues. Toutes les propositions contenues dans les conclusions du rapport de la Commission ne sont guère que des problèmes à résoudre. On dirait que la Commission s'est donné la tâche de parler pour ne rien dire. Les formules par lesquelles elle a prétendu exprimer sa pensée sont absolument insuffisantes.

Il n'y a dans tout le rapport qu'une seule conclusion nette, c'est celle dans laquelle la Commission exprime le vœu que tout ce qui touche à la santé publique soit soumis à une direction autonome et compétente. Tout le reste ne contient rien de net, de précis, de catégorique, et ne peut guère servir qu'à jeter une émotion fâcheuse dans le public.

M. Jules Rochard regrette de se trouver en contradiction avec ses deux collègues, MM. Fauvel et Blot. Mais les reproches contradictoires qu'ils adressent aux conclusions de la commission se détruisent réciproquement. M. Fauvel reproche à la commission d'en trop dire, et M. Blot de n'en pas dire assez. Pour l'un elles sont trop précises, pour l'autre elles sont trop vagues. M. Fauvel voudrait que l'on indiquât seulement d'une manière générale, à l'administration, les désidérata de la question, M. Blot demande qu'on mette les points sur les *i* et que l'on entre dans les détails.

Suivant M. Fauvel, l'Académie manque des lumières et de la compétence nécessaires pour traiter les questions; elle va au delà de ses attributions. La commission n'est pas compétente pour ce qui concerne les logements insalubres, les dépotoires, les égouts, la police des logements insalubres, la distribution de l'eau, etc., etc.

Ce sont là pourtant des questions d'hygiène, et l'hygiène, aujourd'hui, constitue les deux tiers de l'art de guérir. Elle prévient les maladies, ce qui est une tâche beaucoup plus facile que de les guérir. L'Académie ne peut pas limiter son rôle à discuter majestueusement sur les propriétés thérapeutiques du sulfate de quinine, ou à s'atteler humblement au char triomphal du salicylate de soude. Elle a toute autorité et toute compétence, quoi qu'en dise M. Fauvel, pour traiter et résoudre les questions d'hygiène publique, indiquer les mesures à prendre pour l'assainissement des villes en général et de Paris en particulier; signaler les lacunes de l'organisation des égouts, de la voirie et du service des eaux; faire comprendre la nécessité de l'éloignement ou de la destruction des dépotoirs; réclamer l'exécution de la loi sur les logements insalubres; demander que la police surveille plus rigoureusement les garnis où s'entassent les ouvriers; montrer, dans le développement excessif des travaux du bâtiment, une des causes de l'encombrement des quartiers excentriques dans lesquels la population ouvrière est refoulée par suite de la démolition des vieux quartiers et de leur remplacement par des rues nouvelles, grandes et luxueuses dont les habitations ne sont abordables qu'aux riches.

Si l'Académie n'a pas le droit de s'occuper en ces questions vitales, à quoi peut-elle servir,

et que lui reste-t-il à faire sinon à s'endormir dans ses fauteuils et à s'éteindre doucement dans l'oubli et dans l'indifférence publique ?

Cela ne peut pas, cela ne doit pas être ; en formulant ces conclusions à la grande et mémorable discussion qui pendant six mois s'est agitée dans son sein, l'Académie aura rempli son rôle de gardienne vigilante de la santé publique; elle aura dit ce qu'elle devait dire ; elle aura fait entendre sa voix, qui retentit dans le monde entier par les organes de la presse médicale et de la presse politique. Quoi qu'il arrive, elle aura fait son devoir ; elle aura montré au Gouvernement ce qu'il convient de faire pour la prophylaxie de la fièvre typhoïde et pour la diminution de la mortalité produite par cette maladie. Sans se faire trop d'illusions sur les résultats pratiques de son intervention, il y a lieu d'espérer que tôt ou tard sa voix et ses conseils finiront par être entendus.

M. Rochard adjure, en terminant, ses collègues de voter comme un seul homme les conclusions du rapport de la Commission.

La péroraison brillante et vraiment éloquente du discours de M. Rochard est couverte d'applaudissements, et la suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 décembre 1882. — Présidence de M. Duroziez.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 26 mai.)

M. Blondeau présente et lit à ce sujet la note suivante : *Calcul salivaire du canal de Warthon.*

Cette concrétion pierreuse, à peu près de la forme et du volume d'un noyau d'une petite datte, est un *calcul salivaire.*

Il a été extrait du canal de Warthon sur un individu qui, déjà, il y a un an ou deux, en avait rendu un de même espèce, de la même provenance, mais seulement de la grosseur d'une graine de chènevis. Cet homme, jeune, vigoureusement constitué, de bonne santé habituelle, est de race goutteuse. Par cette cause prédisposante, il est sujet, fait intéressant à noter dans la circonstance présente, à des crises de coliques hépatiques. Je dois ajouter, toutefois, que dans aucune de ces crises on n'a constaté l'existence des calculs biliaires, soit qu'on n'ait pas fait les recherches suffisantes pour les trouver, soit qu'il n'y ait eu que de la petite gravelle ayant passée inaperçue, soit enfin que les coliques aient été occasionnées par des calculs de la vésicule n'ayant jamais franchi le cholédoque.

Nous savons que si les coliques néphrétiques, la gravelle urinaire, sont une des manifestations fréquentes de la goutte et du rhumatisme, de la goutte surtout, il n'est pas rare qu'il en soit de même des coliques hépatiques, de la gravelle biliaire ; que la lithiase urinaire et la lithiase biliaire se montrent simultanément, que ce soit seulement l'une ou l'autre qui se produise. Mais ce que, pour ma part, j'ignorais, c'est que cette corrélation pût exister pour la lithiase salivaire, comme tendrait à le faire croire l'exemple que je vous apporte où cette lithiase salivaire coïncide avec la prédisposition lithiasique biliaire chez un individu en puissance de diathèse goutteuse ; qu'il y ait, il est vrai, simple coïncidence, la remarque ne m'en a pas paru moins intéressante à faire.

Quoi qu'il en soit, pour revenir au calcul salivaire que je mets sous vos yeux, vous ne serez pas étonnés, eu égard à son volume extraordinaire, d'apprendre que ce calcul a donné lieu à des accidents.

Je n'en ai pas été témoin, le malade, qui est cependant de ma clientèle habituelle, habitant la campagne au moment où ces accidents sont survenus ; mais il m'en a été rendu compte de la façon la plus nette par sa femme, personne des plus intelligentes, ainsi que vous allez en juger vous-même.

Un jour son mari se plaignit d'une *inflammation* de la bouche, inflammation assez vive pour, indépendamment de sa douleur et de la gêne locales qu'elle provoquait, amener un malaise général, un état de fièvre assez prononcés.

Au niveau du frein de la langue existait une petite tumeur molle que l'on compara à une grenouillette. L'idée que cette tumeur avait pour point de départ un calcul, semblable à celui rendu une première fois, vint de suite à l'idée de la jeune dame qui en fit part au médecin appelé auprès du mari. Quoique l'examen le plus attentif ne permît de rien découvrir qui la justifia pour le moment, cette idée ne fut point abandonnée et l'évènement donna raison au diagnostic.

La tumeur abcéda au bout de quelques jours et bien qu'encore le calcul n'eût point apparu,

la jeune femme, mettant de la persistance à le chercher, finit par le trouver, en effet, au fond du petit clapier d'où elle l'extraya non sans quelque peine. Cette opération faite, la guérison de l'abcès ne tarda pas à s'effectuer naturellement sans autre incident.

En définitive, l'accident fut d'une très grande simplicité. Il en est vraisemblablement de même pour tous ceux du même ordre occasionnés par les calculs salivaires.

Cependant, à ce propos, je vous demande la permission de vous citer un cas où il fut loin d'en être ainsi, car la mort en fut la terminaison. Ce cas m'a été raconté par notre très éminent confrère, mon ami M. le docteur H. Gueneau de Mussy, qui l'avait observé pendant son séjour en Angleterre.

Il s'agissait, cette fois, non d'un calcul de la glande sous-maxillaire, mais d'un calcul de la glande parotide.

Le sujet de l'observation était un grand seigneur anglais qui, lui aussi, avait, à deux reprises, rendu de petits calculs salivaires par le canal de Sténon. Il avait pour médecin ordinaire un médicastre à qui il accordait toute sa confiance, comme cela arrive trop souvent même chez les gens éclairés, chez ceux-ci peut-être plus souvent que chez les autres. Lié, du reste, par des relations d'amitié avec M. Henri Gueneau de Mussy, il vint un jour le trouver, pour le consulter sur des accidents dont il était préoccupé. Au premier abord, notre habile confrère fut frappé de l'aspect du malade, de sa mauvaise mine, de son teint jaune pâle, de la déformation de son visage dont un côté était singulièrement tuméfié. Cette tuméfaction occupait la région parotidienne ; — je ne saurais plus dire laquelle, mais le fait a peu d'importance ; — elle envahissait toute la joue, en remontant jusqu'au-dessus de la région temporale. En l'examinant, on constatait de la rénitence, de l'empâtement œdémateux, et, profondément, une fluctuation sourde, diffuse, avec décollement du tissu. Le malade accusait un grand malaise général. Il racontait qu'après avoir rendu, tout récemment, par la bouche, un calcul semblable à ceux qu'il avait rendus antérieurement, il avait conservé un suintement purulent dont il était très incommodé. En en recherchant la cause, M. Henri Gueneau de Mussy reconnut l'existence d'une autre concrétion engagée dans le canal de Sténon, faisant saillie par l'orifice accidentel d'une ulcération de cet organe, et qu'il put facilement extraire immédiatement. La suppuration de la région parotidienne lui parut, dès lors, avoir incontestablement pour origine l'inflammation produite par le calcul ayant obstrué le conduit de la glande. L'étendue de cette inflammation et de la suppuration à laquelle elle avait donné naissance, le décollement des tissus, les troubles que cet accident local avaient entraînés dans l'état général, troubles ayant tous les caractères de la septicémie, lui firent porter le pronostic le plus grave. Sans plus tarder, il mit le malade entre les mains de sir W. Paget, l'un des chirurgiens les plus renommés de la Grande-Bretagne, dont l'opinion fut, en tous points, celle de son confrère français. L'opération indiquée d'urgence fut pratiquée, pour ainsi dire, séance tenante, afin de donner un libre cours au dehors à la suppuration infiltrant les tissus ; mais, en dépit des soins éclairés qu'il reçut, cette fois, le malade succomba rapidement à son empoisonnement par le pus.

Ceux de nos collègues qui s'occupent plus spécialement des choses de la chirurgie nous diront s'ils ont rencontré dans leur pratique, s'ils connaissent en dehors de leur expérience personnelle, des faits plus ou moins analogues à celui-ci, quant à la gravité du résultat final. Ces faits doivent être, ce me semble, très exceptionnels ; pour ce motif, j'ai tenu à vous en parler.

—

M. de Beauvais fait, à propos du *muguet primitif* dans la fièvre typhoïde, la communication suivante :

J'ai eu l'occasion d'observer deux cas bien tranchés de muguet primitif dans la fièvre typhoïde, ainsi que MM. Damaschino et Duguet en ont signalé, dans l'épidémie régnante, d'assez nombreux exemples à la Société médicale des hôpitaux. Le premier a été constaté chez une jeune fille de 12 ans, dans le premier septénaire. Le voile du palais seul était couvert d'une couche blanchâtre, comme si l'on avait cautérisé la muqueuse avec le crayon de nitrate d'argent. Une potion au perchlorure de fer en triompha rapidement, mais il se reproduisit peu de jours après, causant une dysphagie très prononcée, une inappétence complète et des vomissements. Le second cas s'est présenté chez une dame de 44 ans, qui avait contracté la fièvre typhoïde en soignant, jour et nuit, sa petite fille, âgée de 2 ans, atteinte de cette maladie. Chez cette malade, le muguet se borna aussi au voile du palais, et résista fort longtemps aux collutoires de miel rosat additionnés de jus de citron ou d'eau de Rabel et à l'usage de l'eau de Vichy à l'intérieur. La dysphagie était extrême ; il y avait une espèce d'horreur pour les aliments et les boissons, avec tendance aux vomissements.

Je ne saurais mieux faire que de vous répéter, avec M. Duguet, la description qu'il a si bien faite de cette complication insolite :

« Les malades accusaient tous une dysphagie dépassant en intensité celle que peut donne-
« la sécheresse de la gorge dans la fièvre typhoïde. Beaucoup se trouvaient dans l'impossir
« bilité d'avaler, et la plupart rejetaient les boissons ou même vomissaient. Or, on sait que le
« vomissement n'est pas un accident qui cadre avec la symptomatologie de la dothiénentérie.
« En faisant ouvrir la bouche à ces typhiques, on trouvait toujours le voile du palais, rare-
« ment la paroi postérieuse du palais, presque toujours les piliers et les amygdales, quelque-
« fois les parois buccales, les joues et la langue, mais presque jamais les gencives ni les
« lèvres, couverts d'un enduit blanc, grisâtre, plaqué, peu épais, bordé sur les confins d'un
« pointillé semblable à des grains de semoule cuite; le tout assez facile à détacher et reposant
« sur une muqueuse rouge, comme dépouillée de son épithélium. Ces concrétions, toujours
« confluentes au voile du palais, y forment des plaques occupant toute la face inférieure du
« voile et coiffant souvent la luette. Avec cela, point d'engorgement des ganglions sous-
« maxillaires. »

M. Duguet ajoute que le muguet avait une tendance étonnante à reparaître sur les surfaces qu'il avait déjà occupées, et était d'une tenacité insolite; il dit qu'il a failli perdre deux malades par l'inanition causée par le muguet, qui s'était propagé de la gorge à l'œsophage, et, de là, à l'estomac. Il termine en disant qu'il faut reconnaître dans cette fréquence et dans cette forme toute particulière de muguet quelque chose de spécial et d'inhérent sans doute au génie de l'épidémie actuelle. Je partage entièrement cette opinion.

M. Blondeau : Je n'ai pas observé de cas de ce genre; mais, si je prends la parole, c'est pour signaler que le traitement employé a consisté dans des collutoires acides, quand la règle ordinaire est de se servir des alcalins, entre autres du borate de soude.

M. de Beauvais : La même observation a été faite à la Société médicale des hôpitaux, quand M. Duguet a communiqué son travail. J'ai employé aussi l'eau de chaux, l'eau de Vichy; mais j'ai réussi, en définitive, avec le jus de citron ou l'eau de Rabel. J'ajouterai encore que, dans cette épidémie, j'ai observé plusieurs cas de mort rapide du six au neuvième jour, précédés de douleurs vives dans la nuque, d'une espèce de torticolis, bientôt suivis de trismus de la mâchoire, d'impossibilité d'avaler, d'asphyxie, de perte de la parole, enfin d'un coma terminal. Il est évident pour moi qu'il y avait complication d'une méningite suraiguë de la base du crâne. J'ai vu mourir ainsi deux jeunes gens et un enfant de 6 ans.

M. Duroziez : M. de Beauvais signale des cas de fièvre typhoïde avec symptômes caractéristiques de méningite de la base du crâne; à ce sujet, je crois que dans les statistiques faites dans ces derniers temps, à propos de la fièvre typhoïde, très souvent le diagnostic est porté dans les deux ou trois premiers jours, c'est-à-dire au moment où il est quelquefois douteux, et ce diagnostic reste : pour ma part, j'ai eu, comme membre de la Commission d'hygiène, à examiner un malade admis comme typhique; et deux jours après, se déclarait une variole : il ne faut donc pas trop se servir du diagnostic de l'entrée, qui augmente, dans de fortes proportions, les cas de fièvre typhoïde.

M. Blondeau appuie les considérations émises par M. Duroziez, au sujet de ces statistiques légèrement faites.

M. de Beauvais : Je suis certain, quant à moi, des cas personnels que j'ai cités. Le diagnostic était net et facile à préciser, d'après les symptômes que je viens d'indiquer et l'époque de la maladie.

M. Fraigniaud : J'ai remarqué aussi, dans quelques cas, cette courbature du cou dans les quatre ou cinq premiers jours de la fièvre typhoïde. Je considère ce symptôme comme très grave pour le pronostic, ainsi que le saignement de nez.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Dr Delefosse.

FORMULAIRE

Prises antidiarrhéiques. — Bamberger.

Magnésie calcinée	2 grammes.
Rhubarbe pulv.	1 —
Extrait de noix vomique.	0 gr 20 centigr.
Sucre de lait pulv.	2 grammes.

Mêlez et divisez en 10 doses. — 3 prises par jour, contre la diarrhée chronique. — N. G.

COURRIER

L'homme aux vernis. — Nous recevons la lettre suivante :

Paris, 23 mai 1883.

Monsieur et honoré confrère,

Hier, un couteau à papier et un porte-allumettes en bronze ont disparu de mon cabinet : un marchand de vernis, il est vrai, s'était introduit chez moi et avait exprimé le désir de m'attendre, bien qu'il se fût présenté en dehors de mes heures de consultation.

Ce marchand de vernis, que je viens de signaler au commissaire de police du quartier de la place Vendôme, est probablement le même que vous nous avez désigné comme rendant de fréquentes visites aux médecins.

J'ai pensé, Monsieur et honoré confrère, que vous accueilleriez cette communication : aussi ai-je tenu à vous la faire promptement.

Veuillez agréer, etc. D[r] THIBIERGE.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 54 ans, de M. Isodore Rigal, docteur médecin à Auterive (Haute-Garonne), ancien médecin-major militaire, qui a succombé samedi, 19 mai, aux suites d'une cruelle maladie dont il avait contracté le germe pendant les campagnes de Crimée et du Mexique.

Depuis plusieurs années, M. Rigal s'était fixé à Auterive, où il avait acquis l'estime générale de la population par son zèle et son dévouement infatiguable. Toujours sur la brèche, il s'oubliait lui-même pour consacrer tout son temps aux malades et principalement aux pauvres.

Le docteur Rigal était médecin de l'hospice d'Auterive, médecin cantonal vaccinateur et chargé de la surveillance des nourrissons dans tout le canton.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret publié au *Journal officiel*, M. le docteur Lecoq (Edouard), maire de Cany (Seine-Inféreure), est nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur. En fonctions depuis mars 1878, médecin de l'hospice de Grainville-la-Teinturière, et médecin des épidémies des cinq cantons nord de l'arrondissement d'Yvetot depuis plus de vingt ans, médecin vaccinateur du canton de Cany depuis dix-sept ans, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement d'Yvetot ; belle conduite dans de nombreuses épidémies.

SOCIÉTÉ NATIONALE D'ENCOURAGEMENT AU BIEN. — Dans sa séance solennelle du 27 de ce mois, la Société nationale d'encouragement au bien a proclamé parmi ses lauréats :

MM. les docteur : Bastide, à Laissac (Gironde) ; — Bernard, à Cannes ; — Bonnejon, à Chars ; — Chevalier, à Paris ; — Dupasquier, à Mâcon ; — Hacquart, aux Lilas (Seine) ; — de Finance, à Paris ; — Moulin, à Bourg-Argental (Loire) ; — Noskowski, à Norges (Côte d'Or) ; — Rouillé, à Brissac (Maine-et-Loire) ; — Roth, (Mathias), à Londres.

— La *Société contre l'abus du tabac* met au concours, pour 1883, des prix variants de 100 à 300 francs. La question de médecine est ainsi posée :

« N° 3. *Prix de médecine*, fondé par le docteur A. Bertherand. — Physiologie du fumeur. Habitudes, tenue, caractère. Influence du tabac sur les facultés et les fonctions affectives, intellectuelles, digestives, etc. — Le prix consiste en livres d'une valeur de 200 *francs* environ. Le fondateur s'engage en outre à publier gratuitement, dans la *Gazette médicale de l'Algérie*, le mémoire couronné. »

Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au Président, 38 rue Jacob, Paris.

HÔTEL-DIEU. — M. le professeur Le Fort a repris ses conférences cliniques le mercredi 30 mai, à 9 heures, amphithéâtre Desault, et les continuer les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

Visite des malades à 8 heures 1/2.

Avis. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de Pharmacie, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 3 juin, aux environs de Mantes.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à 8 heures 10 minutes.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et C[e], 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR L'URÉMIE D'ORIGINE HÉPATIQUE;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 9 février 1883,

Par le Dr M. DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Grâce aux remarquables travaux de notre excellent maître M. Brouardel (1), il est aujourd'hui généralement admis que la quantité d'urée de l'urine diminue dans la plupart des affections du foie. Nous avons pu vérifier l'exactitude de cette assertion, et les nombreux faits que nous pourrions publier ne feraient que confirmer les résultats obtenus.

La diminution de l'urée de l'urine étant établie, on peut l'expliquer par deux théories : s'agit-il d'un trouble de l'excrétion ou d'un trouble de la formation de ce produit? La dernière théorie a été soutenue par M. Brouardel et adoptée par la majorité des auteurs. L'urée urinaire (que nous opposons à l'urée sanguine) ayant baissé, on en a conclu que ce corps se formait en moindre proportion, et qu'il se produisait surtout dans le parenchyme hépatique.

Les résultats de diverses expériences que nous avons entreprises ne nous paraissent pas concorder avec cette hypothèse. Elles ont eu pour but de doser l'urée du sang. Si cette urée est diminuée, on pourra en conclure qu'elle est formée en moindre quantité; si au contraire elle est augmentée, il sera nécessaire d'admettre qu'it s'agit surtout d'un trouble de l'excrétion urinaire.

Nous avons pu poursuivre ces recherches grâce au concours de M. Yvon phar-

(1) Brouardel. Variations de la quantité d'urée éliminée dans les maladies du foie. *Archives de physiologie*, 1876, p. 373 et 551.

FEUILLETON

UNE MANIFESTATION EN L'HONNEUR DE M. VILLEMIN.

Le samedi 26 mai, professeurs de la Faculté, membres de l'Académie, médecins et chirurgiens des hôpitaux se réunissaient dans un banquet de 40 couverts, pour fêter M. le docteur Villemin, professeur au Val-de-Grâce. Le but de cette manifestation confraternelle, provoquée par M. Verneuil, et un peu semblable à celles dont nos voisins de Belgique et d'Angleterre nous ont souvent donné l'exemple, était d'offrir un témoignage d'estime et de sympathie profondes à l'homme dont les travaux ont contribué pour une si large part aux progrès accomplis récemment dans l'étude de la tuberculose. Inutile d'insister sur le rôle que M. Villemin a joué dans une question qui passionne aujourd'hui tant d'esprits; ce rôle, M. Verneuil l'a retracé en termes éloquents, dans un toast que nous tenons à reproduire en entier :

Cher confrère et ami,

Il y aura bientôt vingt ans, presque à l'heure où le regretté Davaine démontrait la nature parasitaire des maladies charbonneuses, vous aussi vous faisiez une grande, une très grande découverte.

Le 6 mars 1865, vous inoculiez quelques parcelles de tubercule, tirées du poumon d'un phthisique, à un lapin qui bientôt devenait tuberculeux à son tour. Désormais la nature infectieuse de la tuberculose était chose prouvée.

macien, qui a bien voulu contrôler nos dosages d'urée urinaire et faire nos dosages d'urée sanguine. La méthode employée est celle que nous avons déjà indiquée dans un précédent mémoire (1). Elle nous a montré que le chiffre normal de l'urée sanguine est 0gr,18 à 0gr,20. D'autres méthodes donneraient probablement des chiffres un peu différents, mais peu importe, car les chiffres obtenus sont surtout intéressants à comparer, or ils ont été toujours obtenus en suivant un procédé identique.

Le sang qui a servi aux analyses fut toujours extrait à l'acide de ventouses appliquées sur la région hépatique.

Voici nos observations :

Obs. I. — Stevenot atteint d'ictère chronique dont la cause nous échappa durant la vie, l'autopsie nous démontra qu'il s'agissait d'un cancer de la tête du pancréas. Un mois avant sa mort, il excrétait 940 cent. cubes d'urine contenant 19 gr. 50 d'urée; le sang en contenait 0gr, 307 par litre.

Chez ce malade, la quantité d'urée urinaire était un peu diminuée, si on tient compte de ce fait qu'au moment même de l'analyse, le malade se nourrissait assez bien. L'urée sanguine était manifestement augmentée puisqu'elle s'élevait au chiffre de 0gr,307.

Obs. II. — Rubbini, atteint de cirrhose hypertrophique avec ictère datant de trois ans. Le 28 octobre, il excrétait 1100 cent. cubes d'urine contenant 16 grammes d'urée; le sang en contenait 0gr,424 par litre.

Chez ce malade atteint d'un ictère intense, l'urée urinaire était au-dessous de la normale; l'urée sanguine était, au contraire, en quantité deux fois plus considérable qu'à l'état physiologique.

Obs. III. — Hein, atteint d'un ictère chronique de cause indéterminée. L'autopsie nous démontra ultérieurement qu'il s'agissait d'une péritonite cancéreuse et qu'un nodule cancéreux comprimait le canal cholédoque.

Le 11 juillet, il excrétait 1600 cent. cubes d'urine contenant 20 grammes d'urée; le sang en contenait 0gr,727 par litre.

(1) Debove et Dreyfous. Contribution à l'étude de l'anurie et de l'urémie. *Société médicale des hôpitaux*, 1879, et *Union médicale*, 1880.

Cette constatation vous causa une vive joie, comme vous le racontez vous-même, et cette joie était bien légitime, car vous veniez d'illustrer à jamais votre nom, et d'ajouter un fleuron à la couronne scientifique de cette France que ses rivaux disent en pleine décadence intellectuelle.

Et, chose qu'il faut répéter pour encourager les penseurs et les travailleurs patients, votre découverte n'était due ni à une inspiration soudaine, ni à un effet du hasard, elle découlait directement de vos méditations prolongées sur les maladies virulentes, et du judicieux rapprochement établi par vous entre la tuberculose, la morve et d'autres maladies contagieuses.

C'est de propos délibéré que vous aviez saisi la lancette expérimentale, et du premier élan vous touchiez le but parce qu'en partant vous saviez bien où vous conduiraient vos efforts.

Vos expériences firent du bruit, surtout à l'étranger; comme il n'était pas facile de vous en déposséder, on les contesta, on les discuta, on chercha à en atténuer l'importance; quelques-uns les répétèrent avec le parti pris de les faire échouer. Cette petite guerre sotte et mesquine ne pouvait pas durer toujours; tout le monde aujourd'hui se rend à l'évidence, mais tandis que certains, considérant sans doute la chose comme tombée dans le domaine public, oublient de vous citer, d'autres signalent vos recherches en deux lignes sans paraître se douter de leur immense valeur et de l'avenir qui leur est réservé.

Or, il a paru nécessaire, à quelques-uns de mes amis et à moi-même, de réagir contre cette indifférence et cette injustice, et de vous rendre tout ce qui vous appartient, tout ce que votre trop grande modestie vous empêche de réclamer.

Vous avez d'abord une grosse part à revendiquer dans la démonstration définitive de l'unité des affections tuberculeuses. Notre immortel Laennec, par ses études au lit du malade et à la salle d'autopsie, avait nettement établi l'*unité clinique* de la tuberculose pulmonaire. Quel-

Le 19 juillet, le volume de l'urine était de 600 cent. cubes contenant 16 gr. 50 d'urée; le sang en contenait 0gr,986 par litre.

Le 12 août, le volume de l'urine était de 400 cent. cubes; elle contenait 10 gr. 80 d'urée; le sang en contenait 0gr,697 par litre.

Dans cette observation, on peut voir que le chiffre d'urée urinaire est un peu faible, 20 gr., 16 gr. 50, 10 gr. 80; tandis que le chiffre d'urée sanguine est très élevé, 0gr,727, 0gr,986, 0gr,697. Nous devons avouer que le chiffre de 0gr,986 n'est pas certain. La quantité de sang extraite dans cette expérience fut fort petite, et le dosage ne put être fait, pour ce motif, avec toute la précision désirable.

Obs. IV. — Gaudilhon, âgé de 74 ans, ictérique depuis trois mois. Nous croyons devoir attribuer son ictère à une obstruction biliaire par calcul.

Dates.	Urée du sang (par litre).	Urée de l'urine (par 24 h.)
	gr.	gr.
15 décembre	0,432	10,31
28 —	0,297	17,40
5 janvier........	0,316	13,17
10 —	0,305	13,27
19 —	0,338	13,20

Ce tableau nous montre que le chiffre de l'urée urinaire est notablement inférieur au chiffre physiologique. On a autrefois objecté qu'il s'agissait de malades s'alimentant mal et que si le taux de l'urée était diminué, c'était seulement par l'effet du régime; mais notre malade peut servir à démontrer l'inexactitude de cette assertion, il s'est toujours bien alimenté, et son poids, qui était de 49 kilog. 500 le 14 décembre, s'était élevé le 19 janvier à 54 kilog. 40.

L'urée sanguine est au contraire augmentée, comme le montrent les chiffres 0gr,432, 0gr,297, 0gr,316, 0gr,305, 0gr,338; on remarquera en outre que dans leurs diverses variations les chiffres de l'urée urinaire et sanguine sont en raison inverse, que l'un augmente quand l'autre diminue.

Il nous paraît résulter de ces diverses analyses que, chez les ictériques, l'urée urinaire est diminuée et l'urée sanguine augmentée; autrement dit que, si l'urée a diminué dans l'urine, ce n'est point parce qu'elle se produit en moindre quantité, mais parce qu'elle n'est plus excrétée aussi facilement.

---

ques Allemands, et non des moins célèbres, puisqu'on peut citer Reinhardt, Virchow, Niemeyer, attaquèrent cette belle conception, et pour un instant parvinrent à l'ébranler. Ils s'appuyaient principalement sur l'histologie, où ils pensent exceller. Certes il n'a pas fallu longtemps à nos amis, Charcot, Cornil, Grancher, Thaon, pour culbuter cette hérésie et reconstituer l'unité *anatomo-pathologique*; mais de votre côté, quel argument puissant vous avez apporté à la bonne cause en mettant hors de doute l'*unité étiologique!*

Je l'ai dit ailleurs, et je le répète, la découverte de la contagiosité de la tuberculose impliquait, au bout d'un temps plus ou moins long, celle de son microbe; il suffit de lire le dix-septième chapitre de votre livre — de ce livre vieux déjà de quinze ans, et qu'on croirait pourtant écrit d'hier — pour être convaincu, à la manière dont vous parlez des rapports et analogies entre les virus, les germes et les parasites, que vous êtes tout prêt à accepter la théorie microbienne de la tuberculose.

Depuis cette époque, un outillage perfectionné, une technique bien réglée, et enfin l'admirable méthode des cultures dont je n'ai point à rappeler ici l'illustre promoteur, ont rendu relativement facile la mise au jour des organismes infectieux. Aujourd'hui, pour la tuberculose, il y a même embarras de richesses, car MM. Klebs, Koch, et d'autres encore présentent leur candidat microbe.

Dès que le concours sera terminé, nous nous ferons honneur et plaisir d'insérer le nom du lauréat sur l'écusson de la tuberculose, après le vôtre cependant, et ce sera justice, car si vous n'aviez pas rangé le tubercule parmi les produits virulents, on n'eût point songé sans doute à y rechercher un virus.

Entre l'observateur qui découvre et décrit une maladie, et le praticien qui apprend à la prévenir ou à la guérir, reste une troisième place non moins glorieuse pour le savant qui en

Les mêmes phénomènes peuvent-ils être observés chez les sujets atteints d'affections chroniques du foie, de cirrhose, par exemple, et qui cependant ne sont pas ictériques? Les faits suivants nous permettent de le penser.

Sur un malade que nous avons autrefois observé à l'Hôtel-Dieu, malade atteint de cirrhose atrophique, l'analyse de l'urine nous a donné des chiffres tout à fait caractéristiques.

Obs. V. — Méléard.

Date.		Vol. de l'urine.		Urée par litre.		Urée par 24 heures.
		c.c.		gr.		gr.
18 septembre	.....	325	....	34,00	....	11,05
19 —	.....	275	....	24,25	....	6,67
21 —	.....	250	....	35,00	....	8,75
22 —	.....	225	....	32,50	....	7,31
23 —	.....	400	....	34,00	....	13,60
24 —	.....	400	....	32,25	....	13,00
25 —	.....	400	....	28,50	....	11,40
26 —	.....	550	....	30,50	....	17,10
28 —	.....	250	....	27,50	....	6,87
29 —	.....	300	....	20,50	....	6,15
30 —	.....	300	....	17,50	....	5,25
1er octobre	.....	300	....	18,00	....	5,40
2 —	.....	400	....	21,50	....	8,60
3 —	.....	430	....	20,25	....	8,71
4 —	.....	350	....	23,5	....	8,22
5 —	.....	400	....	23,25	....	9,30
6 —	.....	400	....	23,75	....	9,50
7 —	.....	400	....	21	....	8,40
8 —	.....	500	....	20,50	....	10,25
9 —	.....	400	....	20	....	8
10 —	.....	400	....	19,25	....	7,70
11 —	.....	400	....	20,50	....	8,20
12 —	.....	300	....	20	....	6
13 —	.....	300	....	23,50	....	7,15
14 —	.....	300	....	18,50	....	5,55

---

fait connaître la nature. Cette place vous appartient pour la tuberculose, et j'ajoute que vous êtes le trait d'union entre un avenir plein d'espoir et un passé où déjà, à la suite de Laennec, tant de nos compatriotes se sont distingués.

Je parle d'avenir en toute confiance, car si nous déclarons aujourd'hui que vous avez bien mérité de la science et de la patrie, la postérité, allant encore plus loin, vous comptera parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

La tuberculose décime l'espèce humaine; rien n'indique qu'elle diminue de gravité, tout atteste qu'elle s'étend sans cesse, et qu'un jour elle sévira partout où se trouveront réunis quelques hommes et quelques ruminants. La guérison est possible sans doute, et l'un des assistants en a bien indiqué les conditions et le mécanisme, mais cette terminaison heureuse, assez commune dans les cas récents et légers, est bien rare dans les formes graves.

Or, il y aura bientôt quatre siècles, la vieille Europe était soudainement envahie par un fléau redoutable, venu on ne sait trop d'où ni par où, et qui, en tout cas, faisait des hécatombes humaines. Demandez à notre ami Fournier, pour combien le mal chanté par Fracastor compte aujourd'hui dans la mortalité générale.

Il n'y a pas cent ans que la vaccine est pratiquée, et l'on pourrait compter par millions les êtres qu'elle a déjà préservés de la mort.

Votre découverte est de trop fraîche date, il est vrai, pour avoir encore produit d'importants résultats pratiques; mais de nos jours la science va vite. Espérons donc que la tuberculose aura bientôt son Jenner et son Pasteur, et que notre espèce humaine profitera des récents progrès autant que nos bœufs, nos moutons et nos poules.

Nous saluons en vous le précurseur de ce triomphe. Modestes médecins que nous sommes,

Ce malade excrétait peu d'urine et peu d'urée, mais l'analyse du sang faite le 24 septembre nous démontrait la présence de 0gr,69 d'urée par litre.

L'autopsie eut lieu le 16 octobre et nous trouvâmes à ce moment 1 gr. 75 d'urée dans le sang (p. 1000) et 0gr,795 dans le cerveau (p. 1000).

Obs. VI. — Darbon. — *Cirrhose atrophique.*

Date.	Vol. de l'urine. c.c.	Urée par litre. gr.	Urée par 24 heures. gr.
19 septembre	500	15,75	7,88
20 —	500	16,25	8,12
21 —	700	15,50	10,85
22 —	800	10,75	8,60
23 —	550	13,25	7,28
24 —	500	22,50	6,25
25 —	600	11,50	6,90
26 —	600	11	6,60
28 —	500	13,25	6,62
29 —	400	10,50	4,20
30 —	150	13	1,95

Mort le 30 septembre.

Sous l'influence de la cirrhose, la quantité d'urine avait diminué, ainsi que le chiffre de l'urée excrétée; cependant l'analyse nous décélait, le 24 septembre, 0gr,338 d'urée par litre de sang et à l'autopsie nous en trouvions 0gr,591. Le cerveau en contenait (p. 1000) 0gr,719.

Il nous paraît ressortir des faits précédents la conclusion suivante. Dans nombre de maladies du foie, l'urine contient moins d'urée qu'à l'état normal, le sang en contient une plus forte quantité, l'abaissement du taux de l'urée urinaire est donc dû à un défaut d'excrétion de ce produit des combustions organiques.

Nous avons analysé l'urée du sang parce qu'elle est facile à reconnaître et à doser, mais il est probable que d'autres matières excrémentitielles sont également retenues et nous pouvons dire qu'il y a une urémie d'origine hépatique.

(La fin à un prochain numéro.)

---

nous ne pouvons ni vous élever de statue, ni vous frapper de médaille, ni vous décerner une récompense nationale que vous auriez pourtant bien méritée.

Mais nous allons vous offrir de grand cœur ce dont nous disposons : le témoignage sincère de notre admiration pour vos travaux, et de notre sympathie pour votre personne.

En répondant à cet éloge si flatteur et si plein de cordialité, M. Villemin, sans doute, a senti combien il est rare, même pour un homme de sa valeur, d'être l'objet d'une pareille ovation, et combien il est difficile de voir reparaître dans une seule vie une journée qui laisse d'aussi profonds souvenirs. Aussi n'a-t-il pu dominer complètement l'émotion qui l'envahissait. Et cependant nous avons pu lui dire, après le repas terminé, que son discours avait été le meilleur et le plus éloquent, par cette émotion même et par l'accent de modestie et de patriotisme qu'il avait su y mettre. Voici dans quels termes il a répondu à M. Verneuil :

Messieurs et chers confrères,

Je suis profondément ému de la manifestatiou dont je suis l'objet. J'en suis même troublé au point de me croire hors de la réalité et de ne savoir comment vous traduire ma gratitude. Car rien n'égale l'honneur que vous me faites. De toutes les distinctions auxquelles un homme peut prétendre, il n'y en a aucune, à mon sens, qui ait le prix de celle que vous me décernez, aucune qui annoblisse autant celui qui la reçoit.

Cher et éminent confrère, en vous faisant le promoteur de cette réunion, vous avez cédé, selon votre habitude, aux sentiments de patriotisme qui remplissent votre cœur grand et généreux, et vous avez rencontré, vibrant à l'unisson des vôtres, ceux de nos illustres con-

BIBLIOTHÈQUE

Traité de chimie générale, comprenant les principales applications de la chimie aux sciences biologiques et aux arts industriels, par Paul Schützenberger, professeur au Collège de France. Tome troisième. — Librairie Hachette, à Paris.

Lorsque nous avons signalé aux lecteurs de l'*Union Médicale* les premiers volumes de cette grande et belle publication, nous avons fait remarquer que ce n'est ni un traité élémentaire, c'est-à-dire une œuvre de peu de valeur scientifique, ni un traité complet de chimie, c'est-à-dire un livre inabordable pour quiconque n'est pas profondément versé dans les mathématiques, la physique, la chimie, etc. Le *Traité de chimie générale* de M. Schützenberger tient le milieu entre ces deux extrêmes, ce qui le rend précieux pour tous les hommes instruits qui veulent se tenir au courant des sciences naturelles, et en particulier pour les médecins.

Dans ce troisième volume, l'auteur aborde la chimie organique, et débute par un *aperçu historique des doctrines en chimie organique*, résumé remarquable et d'un grand intérêt. L'histoire des composés du carbone absorbe à elle seule plus d'espace que le reste de la chimie. Or, le carbone libre, sous quelque forme qu'il se présente, est d'une inertie physique presque invincible. Fixe et infusible aux températures les plus élevées, de plus, ses affinités ne sont mises en jeu qu'à de hautes températures ou ne s'obtiennent qu'indirectement. Comment son histoire est-elle arrivée à un tel développement? C'est que la chimie s'est emparée du « carbone modifié, transformé par les premières combinaisons qu'il a subies, c'est-à-dire des composés simples qu'il forme avec l'hydrogène, avec l'oxygène, avec l'azote. En réalité, ce sont les affinités de ces corps nouveaux qui sont en jeu et qui se prêtent à une complication indéfinie. La chimie organique n'est pas, comme on le dit souvent, la chimie du carbone; elle est plutôt la chimie de l'oxyde de carbone, de l'acétylène, du méthylène, du cyanogène. »

« Autrefois, on n'arrivait aux notions de la chimie organique que par le canal de la vie; aujourd'hui on y pénètre par plus d'un sentier direct, frayé par les hardis pionniers de la science. » On aime à suivre le professeur dans son savant exposé des travaux de Dumas et Boullay fils, de Liebig, de Berzelius, de Laurent, de Gerhardt, jusqu'à la belle et féconde observation relative aux ammoniaques de M. Wurtz, l'illustre professeur de notre Faculté de médecine et aux méthodes nouvelles créées par M. Berthelot, fils célèbre d'un médecin français.

Nous ne pouvons qu'indiquer ici les pages dans lesquelles l'auteur a établi avec autorité les *principes généraux d'une classification des composés du carbone*. « Le nombre pour ainsi dire illimité de produits, tant artificiels que naturels, qui encombrent la chimie du carbone, impose la nécessité de les grouper d'après une méthode rationnelle et basée sur des principes définis..... » Nous n'analyserons pas davantage les chapitres consacrés aux carbures,

---

frères qui se sont associés à votre pensée. Aussi, les flatteuses paroles que vous venez de prononcer, l'insigne et enviable honneur que je reçois de vous, Messieurs, sont avant tout un hommage adressé à notre France; c'est pourquoi vous avez grandi le mérite de mes travaux afin de le mettre à la hauteur de cette glorification.

Mais alors, la reconnaissance que je vous dois n'en est que plus grande, car vous venez de persuader les autres, de me persuader moi-même, que j'ai un peu ajouté à notre patrimoine scientifique, et je ne sache rien qui fasse la joie de la vie comme la pensée d'avoir pu réaliser quelque chose d'utile à son pays.

Cette joie, tous ici la connaissent. Merci donc, chers confrères, merci.

M. le professeur Bouchard s'est levé après M. Villemin, et a porté un toast à l'union de la médecine civile et de la médecine militaire. Nous regrettons vivement de ne pouvoir reproduire son allocution, dont le texte n'est pas entre nos mains. Elle a motivé, de la part de M. Rochard, une de ces réparties brillantes où la voix, le geste et l'abondance de la parole s'unissent merveilleusement pour charmer l'auditeur, et dont ne s'étonnent plus aujourd'hui ceux qui suivent assidûment les débats de l'Académie. M. Rochard s'est exprimé comme il suit :

Messieurs,

En me faisant l'honneur de me désigner pour répondre au toast de M. Bouchard, notre président a voulu associer le Corps de santé de la marine à l'hommage que vous rendez aujourd'hui à l'un des plus illustres représentants de la médecine militaire. Je l'en remercie du fond du cœur, et je suis heureux de fêter avec vous le collègue, le savant et l'ami. Je ne

aux alcools, aux aldéhydes, aux acétones, aux acides, aux amines, aux phosphines, aux arsines, aux composées organo-métalliques, aux carbures benziniques, etc., etc. Tous ces chapitres sont réfractaires à l'analyse; ils demandent à être lus, avec suite, d'un bout à l'autre.

Nous arrivons ainsi aux *matières protéiques*, qui terminent le volume. Les matières protéiques forment la base de l'organisme animal; leur étude intéresse donc directement le médecin. Mais ces matières appartiennent aussi bien au végétal qu'à l'animal, et au même titre : « L'albumine, la caséine, la fibrine se trouvent dans les graines, dans le protoplasma cellulaire et en général dans tous les liquides extraits des végétaux. » Ainsi se trouvent rapprochées, confondues, les deux grandes expressions de la vie. Cet article nous donne des généralités sur les caractères physiques des matières protéiques, sur leur classification, leurs caractères chimiques, leur composition élémentaire (carbone, hydrogène, azote, oxygène, avec une faible proportion de soufre), leur constitution. A l'occasion de la constitution des matières protéiques, l'auteur est entré dans des détails qui ne peuvent être partiellement reproduits. Nous devons toutefois signaler à l'attention de nos confrères les recherches personnelles de l'auteur, qui l'ont conduit à cette conclusion pleine d'avenir : « *lorsque la nature et la constitution de la leucéine seront bien établies, on aura à sa disposition tous les éléments pour tenter la synthèse des matières protéiques.* »

Ces dernières lignes du volume nous annoncent que l'histoire complète des matières protéiques sera faite dans les livres consacrés à la description des espèces. Nous pouvons prédire à cette histoire complète un accueil général et sympathique. G. R.

JOURNAL DES JOURNAUX

Extraits de la *Revue de chirurgie*, janvier-avril 1883.

De la pleurotomie antiseptique avec un seul lavage, par Hache. — Le but de l'auteur est de montrer l'influence de l'antisepsie rigoureuse appliquée à la pleurotomie, et de chercher à énoncer les règles du traitement antiseptique de l'empyème. Il étudie successivement les divers procédés employés pour guérir la pleurésie purulente, et en particulier la pleurotomie incomplètement antiseptique, telle qu'on la pratique aujourd'hui en France; puis il compare leurs résultats à ceux de la pleurotomie rigoureusement antiseptique, que l'on a commencé à faire en Angleterre et en Allemagne, et dont il expose le manuel opératoire.

Il ne faut pas compter comme opérations antiseptiques toutes les observations décorées de ce titre, parce qu'on a employé des solutions phéniquées pour laver la plèvre; l'antisepsie vraie est une méthode qui ne consiste pas seulement dans l'emploi d'un agent antiseptique,

---

reviendrai pas sur l'importance des travaux de M. Villemin. Tout a été dit à cet égard. M. Bouchard a bien voulu associer les médecins de l'armée et de la marine à la gloire de sa découverte. Je lui suis reconnaissant de cette courtoisie, mais si quelques-uns d'entre nous avaient été frappés avant lui des allures bizarres que revêt la tuberculose dans certaines contrées, pas un n'en avait soupçonné la cause; lorsqu'il y a trente ans, dans un mémoire complètement oublié aujourd'hui, je signalais les ravages effrayants faits par la phthisie dans les Archipels polynésiens, la terreur qu'elle inspire aux nations du midi de l'Europe, je ne voyais dans la dépopulation océanienne qu'une conséquence de l'alcoolisme et de la syphilis, dans les craintes des Italiens et des Grecs qu'une superstition populaire. Les expériences de M. Villemin elles-mêmes ne m'ont pas complètement convaincu. Il a fallu la découverte des bacilles pour me dessiller les yeux. C'est qu'il n'appartient qu'aux esprits supérieurs de discerner le vrai du faux dans les croyances populaires et de s'emparer d'une superstition pour en faire une vérité scientifique. Il faut une grande indépendance de caractère pour remonter le courant de l'opinion d'une époque. Il faut un grand courage pour confesser sa foi dans une idée que tout le monde réprouve. M. Villemin a eu cette fermeté et ce courage, et c'est pour cela que nous le fêtons aujourd'hui.

Je remercie M. Bouchard du toast qu'il vient de porter aux médecins de l'armée et de la marine; mais il me reste un dernier devoir à remplir en leur nom. C'est de rendre hommage à la cordialité avec laquelle les médecins de Paris nous ont de tout temps accueilli, à l'empressement qu'ils mettent à nous ouvrir leurs rangs et à seconder nos efforts.

Tous tant que nous sommes, nous avons trouvé parmi vous, à toutes les époques de notre carrière, l'aide et l'appui dont nous avions besoin. Jeunes encore, nous arrivions à Paris défiants, timides; on nous y recevait à bras ouvert et nous repartions pleins de confiance,

mais dans une série de précautions minutieuses et ininterrompues tant au moment de l'opération que pour les pansements ultérieurs.

Dans la pleurotomie telle qu'on la fait en France, la multiplicité des lavages est le seul moyen qu'on emploie contre la septicémie et l'altération putride des produits de sécrétion de la plèvre; mais dans l'intervalle des lavages, la plaie est mal protégée, le pansement est insuffisant.

Dans la pleurotomie rigoureusement antiseptique, il faut choisir un point très déclive (6e et 5e espaces, d'après Wagner, tout contre le bord du grand dorsal), puis faire une injection antiseptique, qui serait à la rigueur inutile si le pus était louable, mais qui ne peut nuire, qui dans tous les cas achève l'évacuation de la plèvre, et qui doit être surtout soignée et prolongée si le pus est putride. Le pansement a la plus grande importance : gaze de Lister, ouate salicylée, gros tube à drainage, doivent être employés *largâ manu,* et renouvelés suivant des règles précises. Quand il s'agit d'un cas simple, la sécrétion devient rapidement séreuse, tout nouveau lavage est inutile, et par conséquent nuisible en rompant les adhérences récentes et en irritant la plèvre. On n'est autorisé à faire une nouvelle injection intrapleurale que si le pus s'altère sous l'influence d'une complication ou d'une négligence dans le pansement, ou si la sécrétion reste encore purulente huit jours après la pleurotomie (Wagner). Mais, pour que les choses marchent aussi simplement, il faut faire la pleurotomie aussitôt que le diagnostic de pleurésie purulente est posée; une intervention prompte est la condition du succès. Conclusions :

1° La pleurotomie antiseptique avec un seul lavage donne des résultats supérieurs à la pleurotomie telle qu'on la pratique ordinairement en France. L'opération et les pansements doivent être faits avec les précautions antiseptiques rigoureuses.

2° L'incision doit être faite dès que le diagnostic d'empyème est posé; elle doit être large et permettre l'évacuation absolue et permanente des sécrétions pleurales.

3° Il faut faire un seul lavage désinfectant de la plèvre, à moins de circonstances exceptionnelles, et fixer solidement un gros drain, qu'on retire quand la sécrétion est presque nulle depuis plusieurs jours.

En un mot, l'empyème est un abcès et doit être traité comme tel.

De l'inoculation purulente dans le traitement des granulations de la conjonctive et de la cornée, observation nouvelle, par F. Terrier. — De l'aperçu historique qui commence ce travail et de l'observation nouvelle où M. Terrier a obtenu un beau succès, il résulte que, si l'on élimine les faits contestables de Chassaignac et d'Adolphe Richard, 32 inoculations ont été pratiquées par les chirugiens français; c'est, on le voit, un nombre fort restreint et qu'on peut discuter, en ce sens que toutes les tentatives heureuses ou malheureuses n'ont pas été publiées. Conclusions :

---

d'ardeur pour le travail, résolus à revenir, entre deux campagnes, nous retremper à cette source de lumière. A la fin de notre carrière, nous vous retrouvons les mêmes, toujours aussi empressés à applaudir à nos travaux.

Il y a quatre ans à peine vous fêtiez dans un banquet semblable à celui-ci un tout jeune homme, M. Ballay, médecin auxiliaire de la marine. Ce n'était pas un savant, ce n'était même pas encore un docteur, mais c'était le compagnon de Savorgnan de Brazza. Il l'avait accompagné au milieu des sables de l'Afrique centrale, et maintenant il y attend son retour. Aujourd'hui c'est un maître, c'est un médecin devenu célèbre que vous fêtez avec la même cordialité confraternelle que le jeune homme d'il y a quatre ans.

C'est pour cela, Messieurs, que je vous remercie et que je bois aux représentants de l'école de Paris que je vois groupés autour de notre ami Villemin, que je bois à cette grande école qui a été l'initiative de toutes les autres, et qui, non contente de dispenser l'instruction médicale à ses 5,000 étudiants, trouve encore de l'activité et des forces pour instruire les autres; qui prodigue son temps et son savoir à tous les médecins de la province et de l'étranger, trop riche pour être avare, trop généreuse pour prendre souci des larcins qu'on peut lui faire, trop fière pour ne pas couvrir de son dédain les pirates scientifiques, sous quelque pavillon qu'ils cherchent à s'enrôler.

Enfin M. Reclus, chirurgien des hôpitaux, a porté la parole en ces termes :

Plusieurs d'entre nous, qui m'ont chargé d'être leur interprète, pensent qu'une telle réunion ne peut pas se séparer sans laisser derrière elle un souvenir utile et durable. Or, nous tous qui sommes venus ici rendre hommage à M. Villemin et à sa découverte féconde, nous

1° L'inoculation purulente est une bonne méthode de traitement des anciennes granulations conjonctivales avec pannus.

2° Elle est indiquée quand on a affaire à un pannus complet et épais. Les ulcérations de la cornée, un pannus incomplet ou *tenuis*, restent jusqu'ici des contre-indications à l'inoculation.

3° Le pannus granuleux ou non et monoculaire est justiciable de l'inoculation, à la condition de préserver l'œil sain avec le plus grand soin, ce qui est possible.

4° Le pus à inoculer est celui de l'ophthalmie des nouveau-nés; s'il échoue, on est autorisé à prendre du pus de conjonctivite blennorrhagique ou du pus de blennorrhagie uréthrale.

5° L'ophthalmie provoquée doit être non pas jugulée, mais traitée méthodiquement, afin d'éviter des accidents du côté de la cornée.

6° Pour parfaire la guérison, il est fréquemment indiqué d'instituer un traitement rationnel, comme des cautérisations au sulfate de cuivre, au nitrate d'argent, l'emploi de la pommade au précipité jaune hydraté, la poudre de calomel en insufflation, etc.

7° Exceptionnellement, on aura recours à une nouvelle opération, comme la péritomie ou l'iridectomie.

De la cystorrhaphie hypogastrique; quelques considérations sur le relèvement du cul-de-sac du péritoine et sur la suture de la vessie, par L. Duchastelet. — I. *Anatomie.* Il résulte des recherches anatomiques de l'auteur, faites par un procédé qui assure l'intégrité des rapports du péritoine, que :

1° La face antérieure de la vessie peut, grâce au relèvement du cul-de-sac péritonéal, à la suite de la dénudation du fascia transversalis celluleux, présenter une partie dégarnie de péritoine suffisante pour permettre une incision de 6 centimètres et l'application du cystorrhaphe;

2° Pour une même quantité de liquide injectée dans la vessie du vivant et dans celle du cadavre, le relèvement du cul-de-sac péritonéal est plus considérable chez le premier que chez le second;

3° La peau et le tissu cellulaire étant incisés, il paraît préférable de faire l'incision de la ligne blanche de bas en haut, en la commençant au niveau de la base du triangle interpyramidal.

II. *Suture.* Les insuccès proviennent de la mauvaise façon de la suture, qui doit remplir les conditions suivantes :

1° Accoler la surface celluleuse, c'est-à-dire externe de la vessie, par la méthode de Lembert; il serait bon d'aviver par simple grattage les bords de l'incision, ce qui réalise un adossement des surfaces cruentées de la couche musculeuse, à prolifération facile.

---

avons étudié la tuberculose et apporté notre pierre, grosse ou petite, pour un édifice dont les matériaux s'amassent, mais qui reste encore tout entier à construire.

Eh bien! ne pourrions-nous pas réunir nos efforts pour ne pas laisser à autrui le soin d'élever le monument? Ne pourrions-nous pas, sous la direction de M. Villemin, faire, chacun selon nos aptitudes et nos recherches antérieures, un chapitre d'une grande monographie sur la tuberculose? Ne croyez-vous pas qu'un bon et beau livre sortirait d'une telle collaboration?

M. Verneuil nous le disait : On va répétant sans cesse que la France est sinon morte, du moins malade, et qu'elle ne peut même pas ressaisir son vieux génie scientifique. On nous le crie, il est vrai, lorsque Claude Bernard et Broca viennent à peine de mourir et lorsque Pasteur est vivant encore. Répondons, néanmoins, en affirmant une conquête presqu'exclusivement française, des découvertes dont les plus belles nous appartiennent de Laënnec à Villemin. Rappelons qu'il y a 20 ans, lorsque la science allemande s'égarait avec son dualisme, c'est vous, Messieurs, qui l'avez remise dans la voie droite.

Il nous faut prendre possession de ce champ de bataille en faisant une sorte de compendium où devront puiser tous ceux qui voudront bien étudier cette grande question de la tuberculose, si vaste maintenant qu'elle envahit de toute part la médecine et la chirurgie, et ce sera le meilleur hommage que nous puissions rendre à M. Villemin que d'attacher son nom à une œuvre pareille.

S'il nous faut dire notre avis sur la réunion de samedi dernier, nous n'hésiterons pas à qualifier d'opportune, autant que généreuse, la pensée qui l'a provoquée. Un jour peut-être, il n'y aura plus ni Rhin, ni Manche, ni Alpes, ni Pyrénées; la science alors se fera cosmopolite. Mais en attendant ce nouvel âge d'or, que rien ne semble annoncer, un peu de chauvinisme ne messied pas, surtout quand ses manifestations ne blessent et n'injurient personne.

Un Convive.

2° Les fils doivent être très rapprochés et régulièrement disposés. Le fil de soie phéniquée paraît le meilleur.

3° L'incision ne doit pas dépasser en longueur les points d'émergence des fils supérieur et inférieur ; la suture serait imparfaite; il faudrait alors y toucher, c'est-à-dire perdre les avantage de la suture préalable.

III. *Procédé opératoire.* L'auteur pense arriver à ce triple résultat au moyen du *cystorrhaphe,* dont le but est d'obtenir la régularité de la suture par celle des fils d'une part, par celle de l'incision d'autre part. Tels seraient en résumé les avantages de la suture préalable pratiquée à l'aide de cet instrument :

1° Permettre de placer régulièrement et symétriquement les fils, alors que la vessie encore pleine est facilement abordable à la vue et au toucher, tandis que l'urine et le sang (ligature des veines prévésicales) n'obscurcissent pas le champ opératoire. On évite de plus les tiraillements des bords de la plaie que nécessiterait la pose des fils après incision de la vessie.

2° Etre guidé pour la longueur et la direction de l'incision, le bistouri étant contenu dans la cannelure à jour de l'instrument invariablement fixé sur la vessie.

3° Pouvoir fermer rapidement la plaie, en adossant des surfaces aptes à une réunion rapide et hermétique.

De l'hystérectomie appliquée aux tumeurs fibreuses et fibro-kystiques de l'utérus, par SCHWARTZ. — Nous avons déjà rendu compte de la première partie de cette Revue générale (*Union méd.*, 1882, vol. II, p. 223); c'est un important travail de critique, qui se termine par les conclusions générales suivantes :

L'hystérectomie reste une opération sérieuse, tant par les difficultés qui lui sont naturellement inhérentes que par les résultats opératoires.

Malgré une amélioration incontestable dans les statistiques, grâce aux méthodes antiseptiques, grâce au perfectionnement du manuel opératoire, grâce aussi à une connaissance plus approfondie de la clinique des tumeurs utérines, elle est bien loin derrière son aînée l'ovariectomie.

Elle ne devra donc être entreprise que dans des cas d'indication vitale, et quand toutes les ressources de la thérapeutique auront été épuisées, si toutefois d'emblée le chirurgien n'a pas reconnu que leur action restera inefficace.

La myomectomie, tout en étant moins grave, est moins souvent indiquée et prête à des réflexions analogues, quoique moins sévères.

L'auteur réserve pour un autre travail l'étude des opérations qu'on a voulu substituer récemment à l'hystérectomie, ou plutôt à l'aide desquelles on a essayé de la tourner (opération de Battey et d'Hégar, énucléation après laparotomie).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Voici les considérations sur le chocolat par lesquelles M. Boussingault termine une nouvelle analyse qu'il vient de faire de la fève du cacaoyer, et que nous avons promis à nos lecteurs de reproduire :

« Jusqu'au XVIe siècle, les voyageurs ont différé beaucoup dans les jugements qu'ils portaient sur le chocolat. Acosta le considérait comme un préjugé. En revanche, Fernand Cortès en exagérait peut-être la valeur en admettant qu'en en buvant une tasse on pouvait marcher pendant toute une journée sans prendre d'autre nourriture. En France, la nouvelle boisson eut des partisans et des détracteurs. On sait ce qu'en dit Mme de Sévigné dans une lettre adressée à sa fille : « J'ai voulu me raccommoder avec le chocolat; j'en pris avant-hier pour « digérer mon dîner, afin de bien souper, et j'en pris hier pour me nourrir et pour jeûner « jusqu'au soir; il m'a fait tous les effets que je voulais; voilà de quoi je le trouve plaisant : « c'est qu'il agit selon l'intention. »

Le chocolat renferme sous un faible volume une forte proportion de matières alimentaires. Humboldt rappelle qu'on a dit avec raison qu'en Afrique le riz, la gomme, le beurre du Shea aident l'homme à traverser les déserts; il ajoute que, dans le nouveau monde, le chocolat, la farine de maïs lui rendent accessibles les plateaux des Andes et de vastes forêts.

Par l'association de l'albumine, de la graisse, des congénères du sucre et la présence des phosphates, le cacao rappelle la composition du lait, le type, suivant Prout, de tout régime nutritif.

J'ai eu l'occasion de faire remarquer que, parvenu à un certain état de civilisation, l'homme associe fréquemment à sa nourriture des plantes qui agissent sur son organisme à la manière des boissons fermentées. Comme le vin pris à dose convenable, ces aliments favorisent la digestion, surexcitent la mémoire, exaltent l'imagination et développent un sentiment de bien-être, sans donner lieu à cette réaction fâcheuse que détermine souvent l'abus des liqueurs alcooliques.

C'est un fait curieux que les races humaines séparées par les plus grandes distances, n'ayant jamais eu de communications entre elles, préparaient avec certains végétaux des breuvages excitants : le thé en Chine, le café en Arabie, le maté au Paraguay, le coca au Pérou, le cacao au Mexique, utilisant tantôt les feuilles, tantôt les graines de plantes dont les genres botaniques n'ont aucune analogie, mais, malgré cette différence, exerçant une même action sur le système nerveux, sur la digestion. C'est que, en réalité, il y a dans ces végétaux des substances possédant la constitution des alcaloïdes doués de propriétés semblables : c'est la caféine, dans les feuilles du thé, du maté, dans les semences du café ; la cocéine, dans les feuilles du coca ; la théobromine, dans les graines du cacaoyer. Ainsi, le Chinois, l'Arabe, l'Indien du Paraguay, l'Inca, l'Aztèque étaient sous l'influence d'un même agent quand ils avaient pris leur boisson habituelle, dont l'usage est maintenant si répandu.

Sans doute, les infusions de thé, de maté, de café, de coca, ne sauraient être considérées comme des aliments. Les matières fixes qu'elles renferment sont en trop faibles proportions et n'agissent vraisemblement qu'en vertu de leur alcaloïde. Il n'en est pas ainsi du chocolat : c'est à la fois un aliment complet et un excitant énergique, puisqu'il approche, par sa constitution, de la nourriture par excellence, le lait.

En effet, nous avons vu, je le répète, que dans le cacao il y a de la légumine, de l'albumine, de la viande végétale associée à de la graisse, à des matières amylacées, sucrées, entretenant la combustion respiratoire, enfin des phosphates, matériaux du système osseux, et de plus, ce que le lait ne contient pas, de la théobromine et un arome délicat. Torréfié, broyé, mêlé au sucre, le cacao constitue le chocolat, dont les propriétés étonnèrent les soldats espagnols qui envahirent le Mexique. »

M. Paul Bert présente une note de M. Carlet sur le mécanisme de la succion et de la déglutition, chez la sangsue.

« A l'état de repos, les trois mâchoires de la sangsue sont repliées à l'entrée de l'œsophag qu'elles obturent parfaitement. Quand elles s'abaissent en s'écartant l'une de l'autre, elles dilatent l'orifice œsophagien, qui prend la forme d'un triangle dont chaque côté correspond à la base d'une mâchoire. Aussitôt le sang s'élance dans cet entonnoir béant (*succion*) ; mais alors les mâchoires se relèvent en se rapprochant et poussent le sang derrière elles (*déglutition.*)

Il est facile d'observer directement le phénomène de la succion, en soulevant, sur un partie de son pourtour, la ventouse d'une sangsue en train de sucer.

Pour étudier le mécanisme de la déglutition, on n'a qu'à sectionner, d'un coup de ciseaux, la région œsophagienne; on voit alors, au milieu de la section, l'œsophage entraîné par les mouvements des mâchoires monter et descendre tour à tour, en rejetant une ondée sanguine à chaque montée. Les mâchoires, en remontant, agissent donc à la façon d'un piston qui pousse le sang, et cela est tellement vrai que, si la section est faite assez bas, on assiste à la manœuvre qui figure exactement un cône montant dans l'œsophage.

En résumé, les mâchoires de la sangsue sont les agents essentiels de la succion et de la déglutition.

1° Pour effectuer la succion, les mâchoires, en s'abaissant, s'écartent et rendent béante l'entrée de l'œsophage où le sang s'élance.

2° Pour effectuer la déglutition, les mâchoires se rapprochent et remontent dans l'œsophage où, à la façon d'un piston, elles lancent le sang dans la direction de l'estomac. »

M. Pasteur lit une lettre de M. L. de Wecker : Sur l'ophthalmie purulente provoquée par l'infusion des graines de la liane à réglisse.

« Dans une Note communiquée le 9 avril 1882, j'ai signalé à l'Académie la propriété de l'infusion des graines de la liane à réglisse ou jéquirity (*Abrus precatorius*) de provoquer, lorsqu'on l'applique en lotions sur la conjonctive, une ophthalmie purulente de nature croupale. J'ai émis, à cette occasion, l'opinion qu'il s'agissait d'un ferment que renferme l'infusion de la liane à réglisse, et que ce ferment continuait son action sur la muqueuse humaine.

Sur mes instances, le professeur Sattler a recherché l'élément actif du jéquirity et il a trouvé que l'infusion de ses graines contient un bacille qui, mis en contact avec la conjonctive, pullule en abondance sur elle et dans les membranes croupales que les lotions provoquent. Notre confrère s'est livré à la culture de ce bacille et a prouvé qu'avec les seuls produits de

ses cultures il arrivait également à provoquer l'ophthalmie jéquiritique, tandis que l'infusion stérilisée (privée de bacille) n'exerçait plus aucune action sur la muqueuse.

Ce fait me paraît d'une haute importance pour l'étude des maladies virulentes et représente le *premier exemple de transmission incontestable d'une maladie infectieuse par un végétal.* Il me reste à vous signaler que, lorsqu'on pousse ces inoculations des muqueuses très loin, on obtient une transmission aux glandes lymphatiques, avec suppuration et phénomènes érysipélateux, ainsi qu'un état fébrile prononcé. »

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 4 au 9 juin 1883.

Lundi 4. — M. Duplaix : Contribution à l'étude de la sclérose. (Président, M. Parrot.)

M. François : Quelques considérations sur les gommes de l'encéphale. (Président, M. Fournier.)

Mardi 5 et mercredi 6, pas de thèses.

Jeudi 7. — M. Roudet : Des éruptions dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Hardy.)

M. Ruelle : Etude clinique sur la tuberculose pulmonaire chez les vieillards. (Président, M. Laboulbène.)

M. Lefranc : Contribution à l'étude de la lumière et de la chaleur considérées comme causes des maladies des yeux, chez les verriers principalement. (Président, M. Panas.)

M. Deschamps : Contribution à l'étude des complications pulmonaires de l'érysipèle. (Président, M. G. Sée.)

M. Guillon : De la pleurésie purulente dans la pneumonie. (Président, M. Brouardel.)

M. Sauvaget : Nécessité d'organiser la médecine publique. (Président, M. Brouardel.)

Vendredi 8. — M. Couraud : Contribution à l'étude des dépressions, fistules cutanées congénitales et kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne. (Président, M. Duplay.)

M. Fibich : Des arthropathies, de leur traitement par l'arthrotomie antiseptique. (Président, M. Verneuil.)

Samedi 9, pas de thèses.

COURRIER

L'HOMME PRÉHISTORIQUE. — On annonce une découverte du plus haut intérêt scientifique et qui, si elle est réelle, prouverait que l'homme préhistorique n'est pas un mythe.

Le percement d'une nouvelle galerie de mine, à Bully-Grenay, dans le département du Pas-de-Calais, vient de crever une caverne houillière renfermant cinq corps humains fossiles intacts : un homme, deux femmes et deux enfants, mesurant respectivement deux mètres vingt-sept, deux mètres trois, un mètre quatre-vingt-seize, un mètre vingt-sept, et un mètre dix-huit, ainsi que des débris d'armes et d'ustensiles de bois pétrifié et de pierre, et de nombreux fragments de mammifères et de poissons.

Une seconde chambre souterraine renfermait onze corps humains de grandes dimensions, plusieurs animaux et un grand nombre d'objets divers et de pierres précieuses. Les parois portent des dessins représentant des combats d'hommes avec des animaux gigantesques.

Une troisième chambre plus grande encore paraît vide. On n'a pu y pénétrer à cause du gaz acide carbonique. On fait fonctionner les ventilateurs.

Les corps fossiles ont été remontés au jour; cinq seront exposés publiquement à la mairie de Lens. Le reste est porté à Lille pour être étudié et exposé à l'amphithéâtre de la Faculté des Sciences.

Des représentants de l'Académie des sciences de Paris et du British Museum de Londres, prévenus par télégraphe, sont attendus pour examiner ces découvertes, qui paraissent être des plus importantes. (*Gaz. des eaux.*)

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR L'URÉMIE D'ORIGINE HÉPATIQUE ;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 9 février 1883,

Par le Dr M. DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 2 juin.)

Si nous cherchons par une théorie à nous expliquer le mécanisme de cette urémie, nous sommes conduits à admettre que les matériaux biliaires agissent sur le rein et limitent sa sécrétion. Au début, cette action est peut-être excitante et c'est ainsi qu'on pourrait comprendre les faits de maladies aiguës du foie dans lesquelles M. Brouardel a constaté une augmentation de l'urée de l'urine. Si l'affection hépatique dure longtemps, les maladies biliaires déterminent d'abord un trouble de l'excrétion urinaire, puis des altérations rénales qui ont été signalées par nombre d'auteurs (1).

Quoique la quantité d'urée sanguine soit double ou triple de la quantité normale, on peut se demander comment elle n'est pas encore plus considérable si la sécrétion rénale est limitée ; mais il faut remarquer qu'on pourrait faire la même demande pour toutes les maladies rénales dans lesquelles le filtre urinaire est évidemment insuffisant, et ce point a déjà été discuté par nous dans un travail antérieur où nous nous sommes occupé d'une femme anurique par le fait d'un cancer de l'utérus. Au vingtième jour de l'anurie, cette malade avait 4 gr. 4 d'urée par litre de sang, ce qui fait, en évaluant la quantité du sang à cinq litres, 4 gr. $4 \times 5 = 22$ grammes, et comme il n'y eut pas d'excrétions d'urée par des voies supplémentaires, il faut admettre que la quantité d'urée produite par vingt-quatre heures fut de $22/20 = 1$ gr. 10 par jour. « L'abstinence, disions-nous, ne suffit pas à expliquer comment le chiffre de l'urée n'était pas plus élevé. Il nous semble nécessaire d'admettre que la présence de l'urée dans le sang empêche ou ralentit les combustions qui donnent naissance à ce corps. Une comparaison fera mieux comprendre notre pensée. Si dans un foyer, les cendres ne sont pas enlevées, si on ne les fait pas tomber en tisonnant, la combustion sera ralentie. Il en sera de même de l'urée, produit de combustion des matières albuminoïdes (2). »

Ces lignes nous paraissent s'appliquer absolument à l'urémie d'origine hépatique, et nous pouvons ainsi expliquer la proportion relativement peu considérable d'urée sanguine, quoique le fonctionnement du filtre rénal ait été troublé.

Il sera facile d'objecter que notre théorie est soutenable pour les affections du foie avec ictère, parce qu'alors les matériaux de la bile sont retenus dans le sang, mais qu'elle cesse de l'être pour les maladies du foie, telles que la cirrhose atrophique, qui le plus souvent ne s'accompagne pas d'ictère. Il est vraisemblable qu'ici encore il y a rétention des matières de la bile, autres que la matière colorante, et si cette manière de voir paraît un peu forcée, nous pouvons rappeler que les auteurs n'ont pas expliqué autrement les phénomènes graves qui surviennent

(1) Cf. Mobius. *Arch. der Heilkunde*, 1877.

(2) Debove et Dreyfous. Contribution à l'étude de l'anurie et de l'urémie. *Société médicale des hôpitaux*, 1879, et *Union médicale*, 1880.

chez les cirrhotiques en les attribuant à l'acholie, autrement dit en admettant des ictères graves sans ictère.

Il ne s'agit bien entendu que d'une théorie, mais elle nous sert à comprendre une série d'accidents observés par les pathologistes.

Depuis longtemps on a observé que les malades, porteurs d'une affection rénale, ont rapidement des phénomènes graves s'ils deviennent ictériques ; chez eux, en effet, deux causes limitent la sécrétion rénale : la lésion de cet organe et l'action des matières biliaires; et, pour ne citer qu'un exemple, nous rappellerons la gravité de l'ictère des femmes enceintes chez lesquelles les altérations rénales sont si fréquentes.

Chez un sujet dont les reins étaient primitivement sains, qu'il survienne, sous l'influence d'une cause légère un trouble de la section rénale et l'ictère deviendra grave, et il est aussi difficile de dire pourquoi ces ictères deviennent graves que de chercher à décider pourquoi certains albuminuriques deviennent urémiques, tandis que d'autres, présentant des lésions rénales sensiblement les mêmes, échappent à cette terrible complication.

Il a surtout été objecté à la théorie rénale de l'ictère grave que les phénomènes de cet ictère étaient différents de ceux de l'urémie, mais il faut remarquer que l'altération sanguine n'est pas la même. Dans l'urémie il y rétention des matériaux de l'urine ; dans l'ictère grave, il y aurait tout à la fois rétention de ces matières et rétention des matiéres de la bile.

La théorie que nous soutenons concorde d'ailleurs avec un certain nombre de faits et d'analyses publiées par divers auteurs.

« Le serum dans l'ictère grave, écrit M. le professeur Vulpian, contient des substances qu'on n'y trouve pas à l'état normal, comme la tyrosine, la xanthine, l'hypoxanthine, produits de dénutrition qui résultent de la décomposition des matières azotées; ajoutez à cela une augmentation des proportions de l'urée, des matières grasses et de la cholestérine, et vous aurez une idée de l'ensemble des lésions qu'on observe dans l'ictère grave (1). »

Frerichs fait remarquer que : « La plus grande partie du pigment biliaire est éliminée par les reins, et ce travail est si actif de la part de ces organes que, dans quelques cas, leur structure en est essentiellement altérée (2). »

Le même auteur (observation XIX) reconnaît l'accumulation d'urée dans le sang dans un cas d'ictère grave. Et plus loin (p. 260), parlant de l'atrophie jaune aiguë du foie, il s'exprime en ces termes : « La quantité notable de cette substance (l'urée) existant dans le sang prouve qu'en tout cas son élimination est empêchée. »

En un mot, pour Frerichs, pour M. Vulpian et pour d'autres auteurs (3), dont nous ne pouvons citer ici les intéressants travaux, l'ictère grave paraît dû à une altération du sang, à la non élimination de produits excrémentitiels.

Pour nous, les altérations du sang de l'ictère grave ne sont qu'une exagération de celles qui existent dans l'ictère simple.

Ces théories ne sont point purement spéculatives et elles nous paraissent devoir guider le médecin dans le traitement des maladies du foie. Il est, en effet, indiqué d'amener une sécrétion abondante d'urine dans l'ictère grave, afin d'éliminer les produits excrémentitiels accumulés dans le sang. Cela ressort des observations de M. Bouchard (1), Albert Robin (cité par M. Mossé), Mossé (4), etc.

Si les théories que nous avons soutenues sont exactes, on devra chercher à produire une polyurie chez tous les ictériques, alors même qu'il n'y a aucun signe d'ictère grave; de même que nous n'attendrons pas chez un brightique qu'il se produise des accidents d'urémie pour faciliter par divers moyens, surtout par le régime lacté, l'élimination des matières de l'urine accumulées dans le sang.

(1) Vulpian. *Cours de l'École de médecine*, 1874, p. 149.
(2) Frerichs. *Traité pratique des maladies du foie*, p. 105. Paris, 1866.
(3) Bouchard. *Gazette hebdomadaire*, 1877, n°s 1 et 3.
(4) Mossé. *Étude sur l'ictère grave*. Thèse d'agrégation. Paris, 1879.

SUR UN NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE, LE CHLORHYDRATE DE KAIRINE;

Note communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 23 mars 1883,

Par H. HALLOPEAU, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital St-Antoine.

On doit à notre ami, le professeur W. Filehne (d'Erlangen), l'introduction dans la thérapeutique de ce nouveau médicament; il l'a expérimenté d'abord chez les animaux, puis chez l'homme, dans le service du professeur Leube, et exposé le résultat de ses observations dans deux articles de la *Berlinere klinische Wochenschrift* (1). M. Ricklin a donné dernièrement une analyse très complète de ces travaux dans la *Semaine médicale*, et M. le professeur Sée en a fait mention dans son récent discours sur le traitement de la fièvre typhoïde. Le véritable nom du médicament est méthylhydrure d'oxyquinoline ($C^{10}H^{13}NO$); c'est, comme la quinine, un dérivé chimique de la quinoline; le chlorhydrate, que l'on emploie exclusivement, se présente sous la forme d'une poudre cristalline d'un gris jaunâtre. Facilement soluble dans l'eau, il a un goût à la fois salé, amer et aromatique, que l'on trouve généralement désagréable. On l'administre de préférence dans du pain azyme. A la dose de 1 gr. 50, chez un sujet sain, il n'exerce aucune action physiologique appréciable; chez les fébricitants, il abaisse la température. Le professe Filehne recommande d'en donner, toutes les heures ou toutes les heures et demie, de 30 à 50 centigrammes, quand on affaire à un malade de force moyenne : après la première dose, la température s'abaisse d'un demi-degré à 2 degrés centigrades; après la troisième ou la quatrième, elle descend à la normale ou au-dessous. La chute est d'autant plus rapide que la dose est plus élevée; elle s'accompagne de sueurs abondantes, qui cessent bientôt si l'on maintient la température au chiffre physiologique en donnant de nouvelles doses du médicament.

Pendant l'apyrexie, les malades éprouvent une sensation marquée de bien-être; le pouls reprend sa fréquence normale; mais il faut, pour que cet état se maintienne, continuer à administrer le médicament à la dose précédemment indiquée ou à celle de 1 gramme toutes les deux heures et demie, car autrement la fièvre remonte rapidement au chiffre qu'elle atteignait précédemment et cette ascension s'accompagne d'un frisson.

On peut éviter cet accident en abaissant les dernières doses et en les donnant à de plus cours intervalles; au lieu de 0,50 centigrammes toutes les heures, les malades ne prennent plus que 0,25 centigrammes tous les trois quarts d'heure, leur température remonte graduellement, et quand elle atteint le chiffre où elle était avant l'intervention thérapeutique, on peut suspendre la médication, le frisson n'est plus à redouter. Dans le cas où la fièvre est intermittente, le frisson ne se produit pas si l'on continue le médicament jusqu'à la fin de l'accès (2).

Chez les sujets de constitution débile ou affaiblis par la fièvre, l'on peut obtenir l'apyrexie avec des doses plus faibles : 25, 12 et même 6 centigrammes peuvent suffire; d'autres fois, il faut une dose plus élevée pour produire l'abaissement, mais on la maintient avec des doses moindres; il est nécessaire de prendre la température toutes les deux heures pour élever ou diminuer les doses suivant l'effet produit.

Les urines des malades soumis à l'usage de la kairine prennent une teinte vert foncé.

Le médicament paraît être généralement bien toléré; Filehne ne l'a vu que très exceptionnellement produire des vomissements; un de ses malades a accusé une sensation pénible de picotement dans les fosses nasales et de douleur dans le front. Chez aucun on n'a observé les vertiges et les étourdissements, qui rendent pénible l'administration à hautes doses du sulfate de quinine et du saliclylate de soude.

L'action antipyrétique de la kairine paraît s'exercer dans toutes les maladies. Filehne l'a employé avec un succès constant dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la septicémie, la tuberculose et la pneumonie franche. Les résultats obtenus dans cette dernière affection sont particulièrement dignes de remarque, car c'est peut-être celle dans laquelle la fièvre résiste le plus énergiquement aux autres moyens antipyrétiques. Avec la kairine, on peut la faire évoluer tout entière dans l'apyrexie. Il ne paraît y avoir aucun inconvénient à laisser les malades soumis pendant longtemps à l'action du médicament; une malade de Filehne, atteinte de septicémie avec accès vespéraux, a pris chaque jour, pendant cinq semaines, de quatre heures du soir à quatre heures du matin, 3 gr. 50 de chlorhydrate de kairine sans en éprouver aucun phénomène fâcheux; elle désirait le médicameent et craignait de le voir manquer.

(1) W. Filehne, *Berl. klin. Wochensch.*, 1882 et 1883.

(2) Nous avons récemment évité le frisson terminal en donnant 0,75 centigr. de sulfate de quinine une demi-heure après la dernière dose de kairine.

Nous avons pu, grâce à l'obligeance de M. Filehne, qui a bien voulu nous envoyer quelques grammes du produit encore difficile à trouver dans le commerce, constater chez trois de nos malades la puissance de son action et vérifier la pleine exactitude des faits que nous venons d'énoncer d'après l'éminent physiologiste d'Erlangen.

Le premier était un jeune homme de 24 ans, atteint d'une pneumonie lobaire au quatrième jour; il avait eu la veille au soir 40°2 et l'on notait au moment de la visite 40°1. On commence, à dix heures, le traitement par le chlorhydrate de kairine, et jusqu'à huit heures du soir le malade prend toutes les heures 50 centigrammes de ce médicament; la température est observée toutes les deux heures; à midi, le thermomètre a baissé de 1 degré; à deux heures, de 2 degrés; à quatre heures, il est à 38°4; à huit heures, on note 37 degrés; la médication est ensuite suspendue pour être reprise le lendemain matin de six heures à huit heures, puis complètement cessée; l'on voit alors la température remonter rapidement; à onze heures du matin, elle s'est élevée déjà de 38 degrés à 38°6; à deux heures, le thermomètre marque 40 degrés et à huit heures 40°4. Le lendemain, la défervescence régulière se produit (Voir fig. 1.)

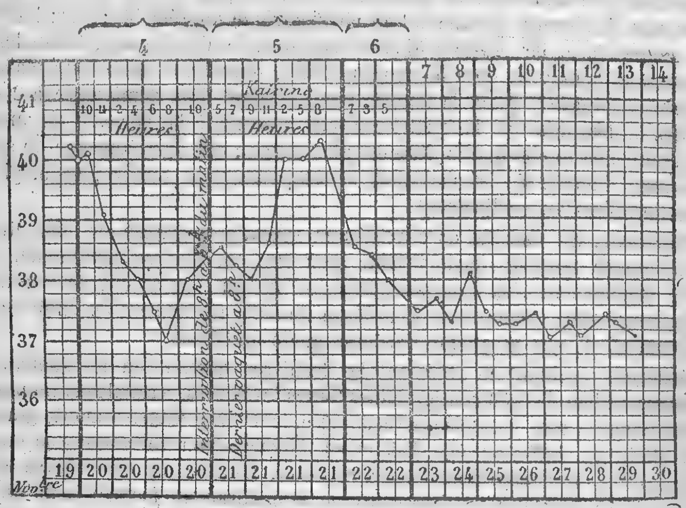


Fig. 1.

Ce fait nous paraît des plus démonstratifs, nous ne croyons pas qu'aucun autre médicament eût pu produire des effets aussi complets et aussi rapides.

Dans notre deuxième observation, il s'agit encore d'une pneumonie; le sujet, âgé de 50 ans, a du délire alcoolique et sa maladie remonte à huit jours, le pronostic est donc extrêmement grave; on ne donne les paquets de 50 centigrammes de kairine que toutes les heures et demie et seulement pendant une journée; l'abaissement de la température commence après la quatrième dose; à six heures du soir, elle tombe à 37°4 pour remonter le lendemain à 40°8 et se maintenir au voisinage de ce chiffre jusqu'à la mort, qui survient quatre jours après. (Voir fig. 2.)

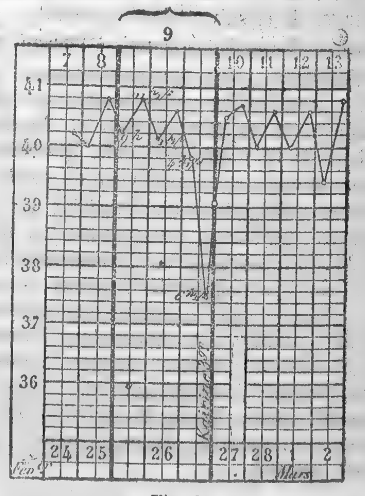


Fig. 2.

Notre troisième malade est un jeune homme, âgé de 18 ans, atteint d'une tuberculose miliaire aiguë; pendant les six jours qui suivent son entrée à l'hôpital, il a une fièvre qui, le soir, atteint et dépasse 40 degrés, et finit par atteindre également ce chiffre le matin, malgré l'administration quotidienne de 1 gramme 25 de sulfate de quinine. Le 9 mars, le malade prend, toutes les heures, à partir de midi jusqu'à six heures du soir, 50 centigrammes de chlorhydrate de kairine; la température, à deux heures, n'est plus qu'à 38 degrés; à quatre heures, elle

tombe à 37 degrés, et à six heures et demie, elle n'est plus que de 35°8 ; on cesse le médicament, et à onze heures le thermomètre est remonté à 40°6.

Le 5 mars, le malade est de nouveau soumis à l'usage du médicament ; de cinq heures à dix heures du matin, il en prend toutes les heures 50 centigrammes; la température tombe de 39°5 à 34°8 ; on ne donne plus alors que des doses de 25 centigrammes ; elles n'empêchent pas la chaleur de s'élever de nouveau au point d'atteindre 40°8 à trois heures et demie. (Voir fig. 3.)

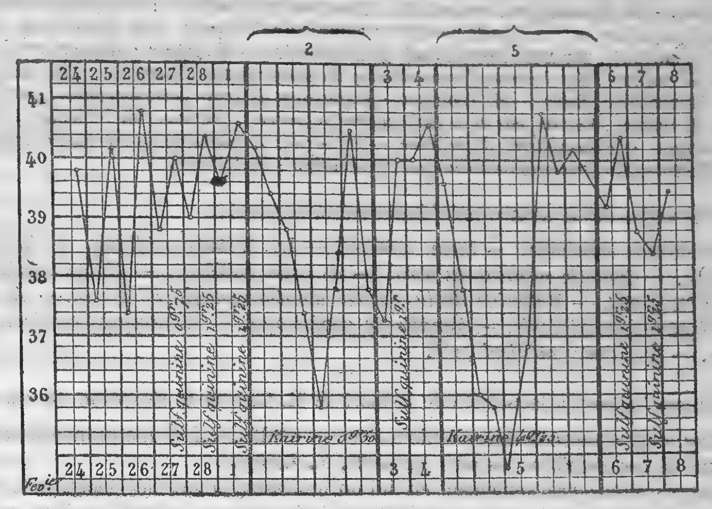


Fig. 3.

L'action antithermique a été trop prononcée chez ce malade, et son état, le premier jour, n'a pas été sans inquiéter M. Giraudeau, interne de service, à sa visite du soir. Nous n'avons pas partagé cette impression, lorsque, trois jours plus tard, la médication a produit une hypothermie plus considérable encore que la première fois ; le malade était calme et sans dyspnée ; le pouls battait 80 fois par minute ; il avait sa face normale ; il n'y avait aucun des phénomènes qui caractérisent le collapsus algide. Il doit être rare que le médicament produise une action aussi marquée, car le professeur Filehne, dans sa première série d'observations, n'avait pas vu le thermomètre descendre au-dessous de 36°5. Il est nécessaire cependant, pour éviter la production de cette hypothermie, de suivre avec attention l'action du médicament en prenant la température toutes les deux heures, et en abaissant les doses quand le thermomètre introduit dans le rectum ne s'élève plus qu'au chiffre normal, pour les augmenter quand la fièvre tend à se rallumer. Il en résulte que la présence constante d'un aide intelligent et l'intervention fréquente du médecin doivent être considérées comme indispensables, et c'est là une obligation qui pourra gêner l'emploi du médicament dans la pratique courante.

Nos observations sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions nous rendre un compte exact des services que le nouveau médicament est appelé à rendre ; elles nous ont permis seulement de constater par nous-même l'exactitude des propositions du professeur Filhene relativement à l'énergie de son action antithermique ; nous pouvons cependant affirmer, dès à présent, que *c'est, de tous les agents antipyrétiques, celui dont l'action, à doses non toxiques, est la plus sûre, la plus puissante et la plus rapide.* Il ne résulte pas de là qu'il soit inoffensif et il est possible que l'intensité même de son action antithermique le rende dangereux. Il ne nous paraît pas douteux néanmoins qu'il ne constitue une ressource précieuse pour la thérapeutique ; il permettra d'éviter, à coup sûr, les dangers que l'hyperthermie entraîne par elle-même. Faudra-t-il s'en servir pour faire évoluer sans fièvre une pneumonie, une fièvre typhoïde ou toute autre maladie? Serait-ce là une pratique sans inconvénients ? La réaction fébrile n'est-elle pas, dans une certaine mesure, un acte de défense de l'organisme contre la cause morbifique et n'y aurait-il pas danger à la supprimer brusquement ? La question est à l'étude ; si elle se résout par l'affirmative, on pourra encore donner la kairine, mais à doses plus faibles, de manière à modérer la fièvre sans l'annihiler. Nous nous proposons de reprendre ces études dès que nous aurons pu nous procurer le médicament en quantité suffisante.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1883. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — Allocution de M. le Président à l'occasion de la mort de M. Lasègue. — M. Damaschino : Présentation d'une brochure intitulée : *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur un cas de paralysie spinale de l'enfance, avec autopsie au vingt-sixième jour de la maladie*, par MM. Archambault et Damaschino. — M. Zuber : Rapport sur le mémoire de M. Roussel, intitulé : *Sur la transfusion directe du sang vivant.* Discussion : MM. Millard, Dumontpallier, Damaschino, Zuber. — M. Tenneson : *Expulsion de trois bothriocéphales par le même malade.* — M. Duguet : *Sur un cas de bothriocéphale observé à Paris.* — M. Hallopeau : *Sur un nouvel antipyrétique, le chlorhydrate de kairine.* — M. Guyot : Présentation à nouveau d'un malade atteint d'*une affection indéterminée de la langue.* Discussion : M. Millard.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *Lyon médical.* — La *Tribune médicale.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Bulletin médical du Nord.* — La *Loire médicale.* — *Union médicale et scientifique du Nord-Est.* — *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris.* — *Annales de la Société d'hydrologie médicale.* — *Annales de gynécologie.* — Le *Progrès médical.* — *Journal d'hygiène.* — La *France médicale*, etc.

—

M. MILLARD fait part à la Société de la mort de M. Lasègue et s'exprime en ces termes :

Messieurs, depuis notre dernière réuion, le corps médical a fait une grande perte en la personne d'un de ses membres les plus éminents, M. Lasègue.

Nous ne regrettons pas seulement en lui un professeur d'une rare éloquence, un pathologiste et un aliéniste consommé, et un brillant écrivain; mais c'était aussi un collègue aimé et estimé de tous, un maître bienveillant et dévoué pour beaucoup d'entre nous.

Il était de ceux que notre Société, dont il avait tenu à rester toujours membre titulaire, est fière de revendiquer. S'il ne pouvait plus venir que rarement à nos séances, il n'y manquait jamais quand des intérêts graves étaient en jeu.

Le charme et la séduction de sa riche nature étaient, vous le savez, exceptionnels, et ici, comme partout, il exerçait une grande influence et une grande autorité. Il les devait non seulement à son intelligence merveilleuse, à son exquise finesse, à son incomparable facilité de parole, mais aussi à la noblesse et à l'élévation de ses sentiments, à la dignité et à la générosité de son caractère, de même qu'à sa courtoisie bienveillante pour tous ceux qui l'approchaient.

Aussi la nouvelle de sa mort a-t-elle causé parmi nous une tristesse profonde. Votre bureau tout entier s'est fait un devoir d'assister aux funérailles imposantes de cet illustre collègue et de lui payer un dernier tribut d'admiration et d'affectueux regrets.

—

M. DAMASCHINO, au nom de M. Archambault et au sien, fait hommage à la Société d'un travail paru dans le dernier fascicule de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*; ce travail est intitulé : *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur un cas de paralysie spinale de l'enfance, avec autopsie au vingt-sixième jour de la maladie.*

Il s'agit d'un enfant de 2 ans 1/2, qui, d'une santé jusqu'alors parfaite, est pris subitement d'un malaise avec abattement notable. Dès le lendemain, au moment de lever le petit malade, on s'aperçoit qu'il chancelle et ne peut se tenir debout. Le jour suivant, les troubles moteurs s'accentuent, et, le surlendemain, le bras droit est affecté à son tour. On amène ce jeune garçon à l'hôpital des Enfants où le diagnostic de la paralysie infantile est posé immédiatement : on constate, en effet, l'existence de troubles parétiques d'une distribution irrégulière, et, en apparence, croisée, la perte des mouvements volontaires portant sur le membre supérieur droit et le membre inférienr gauche; la contractilité faradique est, en outre, complètement abolie. Les symptômes s'atténuent cependant dans une certaine mesure lorsque survient une rougeole promptement mortelle.

L'examen cadavérique a permis de constater dans la moelle épininère des lésions tout à fait caractéristiques. Au niveau des cornes antérieures, lombaire gauche et cervicale droite, existait un foyer de ramollissement rouge occupant en presque totalité la hauteur de la substance grise (téphro-myélite antérieure aiguë de M. Charcot).

Au microscope, développement considérable du réseau vasculaire distendu par les globules sanguins; accumulation des corps granuleux dans les gaînes lymphatiques et au milieu

même de la partie ramollie; enfin, atrophie corrélative des grosses cellules nerveuses et des minces tubes à myéline de la corne motrice.

L'emploi de l'acide osmique, suivant le procédé indiqué par M. Damaschino, a permis de constater dans les cordons antérieurs (les faisceaux pyramidaux et les postérieurs étant absolument indemnes) des lésions très intéressantes des tubes nerveux, dont la myéline présentait la même altération que dans les racines antérieures (altération identique à celle décrite par MM. Cossy et Déjérine sur les nerfs sectionnés). Des lésions semblables existaient au niveau non seulement des racines antérieures extra-spinales, mais encore du trajet intra-spinal de ces mêmes racines.

Ce fait intéressant est absolument unique; on n'avait pas encore eu l'occasion d'étudier la moelle à une époque aussi rapprochée du début de la paralysie; cette observation confirme absolument celles qui ont été précédemment publiées par MM. H. Roger et Damaschino. Il est extrêmement remarquable que, dès cette époque si rapprochée du début, l'atrophie cellulaire, d'ailleurs circonscrite aux foyers de myélite, ait été aussi complète; on ne peut donc affirmer d'une manière absolue par quel élément de la substance grise débute le travail pathologique. Il serait possible, en effet, que l'altération des cellules et les lésions vasculaires apparussent simultanément, ou même que les cellules étant dès l'abord affectées, l'inflammation se propageât immédiatement aux éléments avoisinants.

Par contre, cette observation est absolument péremptoire en ce qui concerne la relation réciproque des lésions spinale et musculaire. L'existence d'une affection primitive de la moelle est désormais incontestable, et la nature prétendue myogénique de la paralysie infantile, quoique récemment soutenue encore par Leyden, ne peut plus être l'objet d'une discussion sérieuse.

—

M. Zuber, au nom d'une commission composée de MM. Hayem, Quinquaud, Zuber, rapporteur, lit le rapport suivant sur le mémoire de M. Roussel, intitulé : *Sur la transfusion directe du sang vivant*, lu à la Société médicale des hôpitaux le 28 juillet 1882.

Messieurs, le travail que M. Roussel est venu lire à la Société médicale des hôpitaux porte sur deux objets bien distincts.

Il s'agit d'abord d'une présentation d'appareil. Vous connaissez tous certainement le *transfuseur* direct de l'honorable chirurgien, et vous avez été frappé de la manière ingénieuse dont l'inventeur a tourné les principales difficultés de la grave opération qu'il se propose de vulgariser. On reprochait surtout à cet instrument de contenir une lancette cachée, et l'on rappelait à ce propos tous les accidents imputés au phlébotome d'autrefois. Peut-être a-t-on attribué trop d'importance à cette défectuosité qui ne paraît pas avoir gêné beaucoup les chirurgiens qui ont employé l'appareil. Cependant, M. Roussel dit lui-même que dans deux démonstrations publiques il n'a pas obtenu de sang au premier coup de lancette, et l'on cite même un chirurgien russe qui aurait piqué l'artère. (De Santi et Dzuionski. *Revue de chirurgie*, 1882, p. 1034.)

L'inventeur, désirant que son instrument pût défier toute critique, en a modifié la construction de telle façon que, la *veine étant saignée comme à l'ordinaire*, un petit tampon vienne immédiatement s'appliquer sur l'ouverture et arrêter le jet de sang. On applique alors la ventouse, on fait passer le courant d'eau chaude et l'on introduit la canule dans la veine du blessé. Il suffit alors de soulever le tampon pour que le sang passe sans aucune difficulté comme dans le transfuseur primitif.

Cette manœuvre est sans doute compliquée, plus compliquée qu'autrefois, et nous ne serions pas étonnés qu'un certain nombre de chirurgiens continuassent à employer l'ancien instrument qui avait le grand avantage de ménager les nerfs du donneur de sang. Mais il n'en est pas moins vrai que le perfectionnement apporté à l'instrument est un progrès réel au point de vue de la sécurité du blessé, et que de ce côté l'instrument est dorénavant à l'abri de toute critique.

L'appareil de M. Roussel est actuellement celui qui donne le plus de sécurité à l'opérateur. Il a sa place marquée dans tous les arsenaux de chirurgie; il a été adopté pour les ambulances de l'armée en France, en Russie, en Autriche, et dernièrement encore nous avons eu l'occasion de voir une réserve de 24 transfuseurs Roussel préparés pour l'armée anglaise en Égypte.

Mais dans son intéressante communication M. Roussel soulève une seconde question dont la solution est un peu plus délicate. Il demande à la Société médicale des hôpitaux « de se prononcer en connaissance de cause sur les valeurs respectives de la méthode indirecte à ciel ouvert, et de la méthode directe qu'il propose, de façon a ce que le choix entre les méthodes soit guidé par le jugement d'hommes compétents. » Chacune de ces méthodes a ses partisans et ses détracteurs. Toutefois, depuis quelques années, la transfusion directe avait, — et

ce résultat est dû en grande partie à M. Roussel, — conquis la faveur du monde scientifique.

Nous sommes redevables à M. le professeur Hayem d'un travail de thérapeutique expérimentale, qui doit être considéré comme la véritable base scientifique de la question de la transfusion, et qui nous permettra de répondre.

Notre collègue a démontré en effet :

1° Que la transfusion du sang d'un animal à l'homme est « une opération qui ne peut que faire courir au malade des dangers sérieux sans lui procurer en compensation le moindre bénéfice » (*Leçons sur les modif. du sang*, 1882, p. 454) (1);

2° Que le sang défibriné transfusé dans les cas d'hémorrhagie aiguë est dangereux et ne saurait en aucun cas remplacer le sang complet.

Reste donc la transfusion du sang complet dont l'obstacle principal est la coagulation rapide du sang, par conséquent la formation possible d'embolies pulmonaires, la non-pénétration du liquide dans l'organisme, etc. Or, le peu que nous savons des causes et du mécanisme de la coagulation du sang nous permet d'affirmer qu'elle se produit beaucoup plus vite et plus complètement au contact de certains corps (métaux, verre, etc.) et de l'air extérieur. Le transfuseur qui vous est présenté soustrait entièrement le sang à ce contact, et c'est pourquoi il met presque entièrement à l'abri de l'embolie.

M. Hayem, qui opérait sur des chiens dont le sang est bien plus rapidement coagulable que celui de l'homme, n'a jamais eu d'accident et trouva le maniement de l'instrument relativement facile. « Il n'y a pas là, dit-il, d'argument sérieux contre l'emploi du sang complet. » Nous sommes donc autorisés à conclure que la méthode directe doit être préférée à la méthode à ciel ouvert, et l'opération célèbre de M. Th. Anger ne fait que nous confirmer dans cette opinion.

Il résulte de ce que nous venons de dire que la transfusion est une opération justifiée théoriquement, et qui peut, spécialement dans les cas d'anémie aiguë, produire de véritables résurrections. En pratique, son utilité est moins bien démontrée et l'on garde, en France du moins, une assez grande réserve vis-à-vis de cette grave opération. Sans doute les observations cliniques ne manquent pas. Ici même, M. Féréol en a présenté une extrêmement intéressante en 1875.

Mais à chaque cas nouveau se manifestent des divergences d'interprétation. L'opéré était certainement voué à une mort rapide, suivant les uns. Les autres rappellent que précisément, dans les cas d'anémie aiguë, on observe de véritables miracles, et qu'il n'est pas rare de voir conserver à la vie des blessés, des femmes en couches, etc., chez lesquels une hémorrhagie foudroyante avait fait craindre l'imminence de la mort.

C'est pour mettre fin à cette discussion, qui revient périodiquement, que notre collègue M. Hayem avait cherché un critérium expérimental qui permît d'affirmer que la mort était certaine. Ce critérium, il l'avait trouvé dans les grandes convulsions qui précèdent l'agonie.

« Pour avoir un critérium précis, dit-il, il faut pousser l'hémorrhagie jusqu'à production non pas de petits mouvements convulsifs, mais de raideur tétanique bien caractérisée. Si l'on n'obtient pas ces convulsions, on n'a pas de base assez solide pour conclure. »

Ce critérium n'a pas passé inaperçu pour M. Roussel, et cependant nous craignons que les observations qu'il présente ne soient à leur tour l'objet des critiques auxquelles nous venons de faire allusion.

Ces observations sont au nombre de quatre.

Dans la première, il s'agit d'une femme de 32 ans qui, à la suite d'un accouchement prématuré, eut des métrorrhagies répétées qui créèrent au bout d'un mois une situation grave à laquelle on ne vit qu'un remède possible, la transfusion. Le résultat fut brillant. L'observation est intéressante et très complète, et nous paraît militer en faveur de l'opération.

La seconde se rapporte à un jeune boucher de 19 ans qui s'était planté son couteau à dépecer dans le haut de la cuisse, tranchant ainsi les gros vaisseaux, et avait eu une hémorrhagie très considérable sans qu'il fût possible d'évaluer la quantité de sang perdue. « Le jeune homme avait eu, dit M. Roussel, les grands mouvements convulsifs que le professeur Hayem indique comme les prodromes d'une mort inévitable par hémorrhagie. Le grand-père, vieux boucher, me dit : Il n'y a rien à faire, parce qu'il s'est secoué et étendu comme les animaux saignés au moment de mourir. » Nous ignorons quels étaient ces mouvements convulsifs et quand ils ont été observés.

La troisième observation est une véritable énigme de pathologie. Un homme de 23 ans meurt d'hémorrhagies répétées par la verge sans qu'on ait pu savoir quelle en était la cause.

(1) Nous ne citons que pour mémoire cette conclusion qui condamne absolument les transfusions de sang d'agneau, que Hasse et ses imitateurs avaient essayé de réintroduire dans la thérapeutique.

« Le patient sortait d'une syncope profonde avec convulsion. » La transfusion de 120 gr. de sang produit une amélioration transitoire, mais le malade mourut à la suite d'une nouvelle hémorrhagie.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'une fillette de 7 ans, mourant d'épistaxis répétées dans la convalescence d'une rougeole. « L'enfant fut prise de plusieurs syncopes, dont quelques-unes très profondes et prolongées, accompagnées des mouvements convulsifs qui sont, ainsi que le dit le professeur Hayem, les précurseurs certains d'une mort inévitable par hémorrhagie. » On note une amelioration considérable à la suite d'une transfusion de 90 gr. de sang; mais l'enfant mourut cinq jours après d'une pneumonie double.

Les deux derniers cas sont comptés comme demi-succès par M. Roussel.

Dans l'intérêt même de l'opération de la transfusion, nous regrettons l'absence, dans les observations II, III et IV, de détails suffisants pour mettre hors de conteste l'efficacité de l'intervention. Et spécialement pour ce qui concerne les grandes convulsions, dont nous admettons avec l'auteur la haute signification pronostique, nous aurions désiré quelques lignes de description émanant de la main d'un médecin et l'indication précise du temps écoulé entre leur apparition et l'opération.

En somme, les quelques réserves que nous avons cru devoir faire au sujet des observations n'intéressent pas le fond du débat. Nous estimons que la transfusion directe est préférable à la méthode indirecte, et que, pour cette transfusion directe, l'instrument qui convient le mieux, à l'époque actuelle, est celui que M. Roussel a inventé et si ingénieusement perfectionné.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

1° D'adresser les remerciements de la Société à M. Roussel pour son intéressante communication;

2° De déposer honorablement son mémoire aux archives de la Société.

M. Millard : Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de faire pratiquer la transfusion; c'était dans ma clientèle, chez une malade épuisée par des métrorrhagies répétées, symptomatiques de fibromes utérins. A la suite d'une consultation avec MM. Tarnier et H. Hirtz, dans les derniers jours de décembre, l'urgence de la transfusion fut établie et l'opération fut pratiquée le 2 janvier 1883. Ce fut M. Roussel, auquel on s'était adressé, qui opéra lui-même avec son appareil. Je n'ai jamais assisté à un plus triste spectacle, et je me reprocherai toute ma vie d'avoir provoqué une semblable intervention. Après avoir fait tout d'abord une saignée blanche avec son appareil spécial, M. Roussel ne put ensuite réussir à introduire la canule à injection dans la veine de la malade, et ce fut dans le tissu cellulaire du bras qu'il transfusa le sang, obtenu seulement par une seconde saignée. Je lui fis remarquer le thrombus énorme qui se développait; il me proposa alors de recommencer sur l'autre bras, et, cette fois, ce fut M. Hirtz qui dut découvrir la veine. La transfusion put enfin être faite, mais la malade mourut le lendemain. J'ai éprouvé une pénible surprise en constatant dans ces circonstances le peu de succès de l'appareil et le peu d'habileté de l'opérateur.

M. Zuber : Il est évidemment regrettable que l'inventeur d'un appareil soit inhabile à s'en servir; mais cela ne prouve pas que cet appareil soit défectueux. Le transfuseur de M. Roussel est certainement le moins mauvais de tous les appareils de ce genre.

M. Dumontpallier : J'ai vu également M. Roussel opérer; je dois déclarer qu'il lui fut très difficile de mettre la veine à nu et d'y introduire la canule; la transfusion ne put être pratiquée. Quant à son appareil, je déclare qu'il ne me présente aucune garantie; on agit en aveugle, soit pour la piqûre de la veine, soit pour la quantité de sang à transfuser. Nous savons tous que M. Roussel est de très bonne foi, mais cela ne doit point arrêter nos critiques.

M. Damaschino : J'ai fait plusieurs fois, étant l'interne de M. Tardieu, non pas la transfusion du sang, mais des injections intra-veineuses d'eau et de liquide ascitique chez des cholériques. Il faut reconnaître qu'il y a une grande difficulté à trouver la veine chez les malades exsangues.

M. Zuber fait remarquer que cette difficulté a été signalée par tous les auteurs; la question est de savoir si l'appareil de M. Roussel présente des avantages sur les autres transfuseurs.

Les conclusions du rapport de M. Zuber sont mises aux voix et adoptées.

—

M. Tenneson fait la communication suivante : *Expulsion de trois bothriocéphales par le même malade.*

Le bothriocéphale est tellement rare à Paris, qu'il n'est pas inutile de signaler ceux qu'on

rencontre. J'ai donc l'honneur de présenter à la Société trois bothriocéphales rendus ensemble par un malade de mon service.

Dans le courant de janvier, un jeune homme se présenta à la consultation avec un long fragment de bothriocéphale. Le diagnostic est facile à la simple inspection de quelques anneaux. On sait que le bothriocéphale est le seul de nos vers rubanés qui ait les pores génitaux médians. Ils se présentent ici sous forme de points grisâtres, très apparents à l'œil nu. Ces points sont distincts les uns des autres, là où les anneaux ont une certaine longueur. Plus près de la tête, les anneaux sont tellement courts, que les points gris forment une ligne continue en apparence.

Pour faire le diagnostic, il suffit d'examiner au microscope une parcelle de matières fécales : on y trouve toujours des œufs. M. Laboulbène a insisté sur ce fait clinique intéressant, que j'ai vérifié pendant plusieurs jours avec mes élèves. On a peine à imaginer la quantité d'œufs que contient l'intestin d'un homme atteint de bothriocéphale, puisqu'une parcelle de matières fécales, prise au hasard dans une selle quelconque, contient toujours des œufs. Sur les préparations fraîches, ils sont régulièrement elliptiques et limités par un double contour.

Notre malade avait habité plusieurs années les bords des lacs de Genève, de Lausanne, de Bienne. C'est là, sans doute, qu'il avait contracté ses parasites, lesquels étaient cause depuis quatre ans de troubles digestifs et de troubles nerveux (vertige, céphalalgie).

La pelletiérine Tanret, si efficace contre le tænia inerme, échoua chez ce malade. La tête du ver ne fut pas rendue.

Un mois plus tard, nouvel échec de la pelletiérine. Cette fois, le malade rendit des fragments de strobile qui ne pouvaient se raccorder et nous firent connaître que le malade portait trois bothriocéphales. Après quelques jours de repos, j'eus recours à la fougère mâle. Je prescrivis :

Poudre de fougère mâle, extrait éthéré de fougère mâle, *āā*.	8 gr.
Poudre inerte	q. s.

Pour un électuaire mou, que le malade prit par bols, le matin à jeun, dans la durée d'une demi-heure à trois quarts d'heure; 30 grammes d'huile de ricin furent administrés une demi-heure avant le vermifuge.

Une heure après, les trois bothriocéphales ont été rendus en bloc avec leur tête. Dès le lendemain, les selles ne contenaient plus d'œufs.

Il est de règle en thérapeutique, lorsqu'un tænifuge a échoué, d'attendre, pour en administrer un autre, que le malade rende spontanément de nouveaux fragments de ver. Sur quoi repose cette règle, incompréhensible en théorie? Je l'ignore. Je m'en suis écarté dans le cas actuel et j'ai réussi. J'en conclus seulement que cette règle doit être soumise de nouveau à l'épreuve des faits.

M. Duguet : *Sur un cas de bothriocéphale observé à Paris.*

Il semble vraiment que le bothriocéphale devienne plus fréquent à Paris. Après l'observation de M. Tenneson, voici le fait dont je viens d'être témoin :

Il y a trois semaines, j'étais appelé le soir pour une jeune femme du quartier de la Madeleine, en proie à des *tremblements nerveux* bizarres, avec *cardialgie* et sentiment de *défaillance*.

Cette malade, âgée de 24 ans, mariée depuis onze mois seulement à un marchand de comestibles, toujours bien réglée, d'aspect florissant, me raconta que depuis bientôt deux ans elle ressentait de temps en temps, principalement le *soir* et quelquefois au milieu de la *nuit*, des soubresauts, des *tremblements*, des *douleurs de ventre* avec *ballonnement*, des *évanouissements* qui l'effrayaient beaucoup et qu'elle ne savait à quoi attribuer.

Ma première pensée fut de croire à des accidents hystériques, d'autant plus que cette personne était venue me consulter il y a deux ans pour des palpitations qu'elle pensait se rattacher à une maladie de cœur et que j'avais considérées, en raison de la netteté des bruits et des battements de cœur, comme se rattachant purement et simplement à un état nerveux; mais le mariage n'avait pas modifié ces différents accidents, et elle ne présentait ni boule, ni points anesthésiques ou hyperesthésiques, rien en un mot qui pût caractériser l'état hystérique; la pressant de questions au sujet des fonctions digestives et intestinales, elle m'accusa une grande irrégularité dans ses garde-robes, et me parla d'un *long ruban plat* qu'elle rendit dernièrement en allant à la garde-robe, ruban qu'il avait fallu couper et dont une portion (un mètre environ) avait été perdue, l'autre ayant été conservée dans l'esprit-de-vin.

A la vue de ce dernier fragment, plus long que celui qui avait été perdu, je dis à la malade qu'elle avait dû habiter Genève, ce qui la surprit beaucoup. « C'est vrai, me dit-elle, j'ai « habité Genève pendant quinze jours, il y a deux ans, et pendant un mois, il y a quatre

« ans; mais pourquoi cette question? » — « Parce que, lui ai-je répondu, vous avez le ver « solitaire que nous ne rencontrons pas habituellement chez nous, et qui est au contraire très « commun dans certains pays, en particulier à Genève. »

En effet, les anneaux, très rapprochés, larges, présentaient une partie *médiane* légèrement saillante, très brune et même noire, formée par les organes génitaux, ce qui donnait à ce ver rubané l'aspect d'une longue gousse de légumineuse avec ses fruits noirâtres.

C'étaient bien les caractères objectifs du bothriocéphale; de plus, la malade nous apprit qu'elle n'avait jamais ressenti de prurit au nez, à la gorge ou à l'*anus;* que jamais non plus elle n'avait rendu de *cucurbitins*. Incontestablement, il ne s'agissait point chez elle d'accidents hystériques, mais de phénomènes nerveux se reliant à la présence du bothriocéphale.

Je songeai à l'en débarrasser, et pour cela, sur le conseil de mon ami et collègue d'hôpital, M. C. Paul, j'employai les pilules Peschier, qui ont à Genève une grande réputation. Ces pilules sont faites, on le sait, avec l'extrait éthéré des pousses fraîches du rhizôme de la fougère mâle.

M. C. Paul mit à ma disposition un flacon de vingt pilules qui lui avait été envoyé de Genève il y a quatre mois. Ces pilules n'étaient donc pas absolument fraîches.

Le jour où ce remède dut être administré, la malade mangea peu et ne prit, le soir, qu'un peu de lait; à dix heures, dans la soirée, elle avala très facilement, et sans dégoût, dix pilules avec de la confiture de framboises; une demi-heure après, elle prit les dix autres de la même façon, buvant chaque fois, à la suite, un verre d'eau. Le lendemain matin, elle alla à la selle, le siège baignant, sur mon conseil, dans un bain de siège, et ne se releva que quand elle crut être débarrassée entièrement. Je fis moi-même la recherche de la tête dans les déjections; il me fut impossible de la trouver; la quantité du ver rendue, et que je présente à la Société, mesure de 6 à 7 mètres, et je suis bien encore à 1 mètre de la tête.

Il se peut que celle-ci ait passé inaperçue au milieu de la grande quantité de matières rendues; il se peut aussi qu'elle soit restée, ce dont je n'aurai la preuve que dans deux ou trois mois, quand le ver sera redevenu assez long, par l'examen au microscope des matières fécales de la malade. On sait, en effet, que le bothriocéphale pond des quantités innombrables d'œufs ovalaires caractéristiques, qu'il est facile de retrouver dans la plus minime parcelle de matières fécales; j'ai pu m'en assurer chez cette jeune femme avant de lui administrer l'extrait de fougère mâle; je me promets de faire de nouveau cette recherche dans trois mois, et je pourrai vers cette époque seulement être certain que la tête a été, oui ou non, expulsée.

A supposer que les pilules employées n'aient point réussi à faire partir la tête, cela n'aurait rien de surprenant, comme me le disait hier même mon ami le docteur Julliard, de Genève, de passage à Paris, ces pilules devant être administrées fraîches en raison de l'altérabilité de l'extrait éthéré qu'elles renferment. Toujours est-il que, depuis trois semaines, tous les accidents nerveux du soir ont disparu chez notre malade.

Notons enfin que, parmi les fragments rendus en dernier lieu, il s'en trouve dont les anneaux sont *fenêtrés* au centre, ce qui tient, on le sait, non pas à une espèce particulière de tænia, mais à la chute des organes génitaux femelles dans les derniers anneaux du strobile chez le bothriocéphale.

—

M. Hallopeau lit une note intitulée : *Sur un nouvel antipyrétique, le chlorhydrate de kairine.* (Voir plus haut.)

—

M. Guyot présente de nouveau le malade qu'il avait présenté à la séance du 23 février. Ce malade était atteint d'une affection de la langue difficile à déterminer. Sur le conseil de M. Martineau, M. Guyot soumit ce malade au traitement mercuriel et lui fit des injections de peptone mercurique. L'affection s'est certainement beaucoup modifiée; mais M. Guyot persiste à croire qu'elle n'est pas de nature syphilitique et suppose aujourd'hui qu'il s'agit d'une glossite tuberculeuse. L'examen de la poitrine ne révèle cependant aucun signe de lésion pulmonaire.

M. Millard n'hésite pas à considérer cette affection comme un cas de tuberculose linguale. Il s'appuie surtout sur la présence de petites taches miliaires, d'une coloration blanc jaunâtre, à peine saillantes, qui se trouvent au pourtour des ulcérations. M. Millard rappelle les cas analogues qui ont été présentés à la Société par M. Féréol, par M. Bucquoy et par lui-même.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Troisier.

—

BIBLIOTHÈQUE

Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil et de la vision, par M. le docteur Chauvel. Paris, 1883; V. Masson.

Ecrit pour les praticiens, ce petit livre a pour objet l'étude historique et pratique des procédés d'exploration de la fonction visuelle et de l'œil, organe de la vision. La partie théorique est un résumé succinct des notions de physique biologique et des principes qui servent à la construction des instruments d'optique médicale.

L'examen de l'œil à l'état normal, l'exploration des voies lacrymales, de la conjonctive, le toucher sous-palpébral, font le sujet d'un premier chapitre, suivi de l'étude du strabisme fonctionnel et paralytique. Parmi les autres parties de l'ouvrage nous signalerons celles qui ont pour titre : l'exploration de l'acuité visuelle, du champ visuel, de la perception des couleurs, de la réfraction, l'emploi de l'éclairage oblique ou direct, et enfin la description du fond de l'œil à l'état normal ou pathologique.

En terminant, M. Chauvel donne des détails, qu'on ne trouverait pas ailleurs, sur l'examen de la vision d'un sujet au point de vue du service militaire. C'est là un des motifs du succès de cet ouvrage auprès de nos confrères de l'armée et des grandes administrations. — C. E.

Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, Diagnostic, par le docteur Baratoux. Paris; 1882. Coccoz.

Cette brochure est un extrait des articles que M. Baratoux a publiés dans la *Revue de laryngologie*. Elle constitue une critique complète et raisonnée des divers procédés d'exploration de l'oreille dans l'état de santé et de maladie. A ce titre, ce petit ouvrage a une incontestable valeur pratique pour le diagnostic des affections de l'oreille. — L. D.

FORMULAIRE

Huile de foie de morue phosphatée. — Vindevogel.

Huile de foie de morue.	500 grammes.
Chlorhydro-phosphate de chaux	25 —
Essence d'amendes amères.	10 gouttes.

Mêlez. — Agitez au moment de l'emploi. — Deux à trois cuillerées à soupe aux phthisiques, une demi-heure après le repas, pendant les mois d'hiver. Pendant l'été, on ne prescrit point de corps gras. — Aux malades qui ne supportent pas l'huile de foie de morue, on peut prescrire le mélange suivant :

Glycérine pure.	150 grammes.
Sirop de tolu.	150 —
Chlorhydro-phosphate de chaux	10 gouttes.

Une cuillerée, une demi-heure après les repas. — N. G.

COURRIER

M. le docteur Jacques Bertillon est nommé chef des travaux de la statistique municipale, en remplacement de son père, décédé au mois de mars dernier.

Les examens à la Faculté de médecine de Paris. — L'ensemble des examens subis pendant l'année scolaire 1881-1882 s'élève au chiffre de 6,076. Le nombre des examens suivis de succès a été de 4,426. Celui des refus a été de 1,650, c'est-à-dire que le nombre des élèves refusés a dépassé le quart et ne s'élève pas au tiers des examens subis. C'est à peu près la proportion de l'an passé; il convient de faire remarquer ici que le nombre des matières enseignées n'a cessé d'augmenter depuis quelques années.

La note passable domine toujours. Quant aux très bonnes notes, il y a eu, sur les 6,076 épreuves probatoires, 255 très bien et 72 extrêmement bien, dont 34 aux examens et 38 l'épreuve de la thèse.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET DE SON TRAITEMENT;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 11 novembre 1882,

Par le docteur P. DUROZIEZ.

L'obstacle interposé par une médication au développement des lésions du cœur pendant l'attaque de rhumatisme articulaire aigu est de première importance, quoique la lésion du cœur puisse naître en dehors des attaques. Tous les documents sur ce point capital doivent être relevés avec soin et mis en vive lumière.

Suivant quelques médecins, et des plus autorisés, le salicylate, donné au début d'un premier accès de rhumatisme, non seulement enraie immédiatement la marche du rhumatisme articulaire, mais empêche l'envahissement du cœur, arrête toute la maladie dans son évolution et sa progression vers les viscères. Les statistiques des hôpitaux militaires et civils d'Allemagne démontrent que sur 185 cas bien observés et traités dès le premier ou le deuxième jour d'une première attaque de rhumatisme, on ne trouve plus que 5 cas de lésions du cœur sur 100 rhumatismes au lieu de 25, 50 et même 80 complications sur 100.

En Angleterre, on a été moins heureux qu'en Allemagne. Voici les renseignements que nous puisons dans un article inséré par le docteur Ch. Eloy dans l'*Union médicale*.

La statistique donnée dans sa séance du 12 décembre 1881 par la Société de clinique médicale de Londres est basée sur 5,000 cas.

Docteur Fagge :

500 rhumatismes non traités.
273 lésions cardiaques; 54 p. 100.
350 rhumatismes; médications diverses.
227 endocardites; 65 p. 100.
350 rhumatismes; salicylates.
241 lésions cardiaques; 68 p. 100.

Docteur Havilland Hall :

29 rhumatismes.
19 endocardites pendant l'emploi des salicylates; 65 p. 100.

Docteur Broadbent :

1727 rhumatismes avant l'usage des salicylates.
949 affections cardiaques; 55 p. 100.
1748 rhumatismes depuis l'emploi des salicylates.
1109 affections cardiaques; 63 p. 100.

Docteur Barclay :

Rhumatismes avant les salicylates, 42 p. 100 de lésions du cœur après la première attaque, et 36 p. 100 après les autres.

Docteur Broadbent :

Rhumatismes traités par les salicylates (première attaque), 60,5 p. 100.

Donc les rhumatismes non traités fournissent 54 p. 100 de lésions du cœur.

Les traitements, en dehors des salicylates, donnent 65 p. 100, 55 p. 100, 42 p. 100, 36 p. 100; en moyenne, 49,5 p. 100.

Les salicylates donnent 68 p. 100, 65 p. 100, 63 p. 100; 60,5 p. 100; en moyenne 64 p. 100. — 15 p. 100 de plus que les autres traitements.

Tandis qu'en Allemagne on ne trouve que 5 p. 100 de lésions du cœur dans la médication salicylatée; en Angleterre on trouve 64 p. 100. Il est vrai que les Allemands mettent une condition à leur 5 p. 100; il faut arriver le premier ou le second jour de la maladie. Est-on bien sûr qu'on est au premier ou au second jour de la maladie? Il serait préférable de dire que plus on arrive près du début de la maladie, plus on a de chances de l'enrayer. Il y a une période un peu vague de malaise qui précède l'alitement et la prise des articulations.

Dans le rapport sur les maladies régnantes pendant le deuxième trimestre 1882, par le docteur du Castel, nous lisons que M. Rendu a soigné 22 cas de rhumatisme à l'aide du salicylate de soude à la dose quotidienne de 5 grammes; il a noté seulement deux ou trois complications cardiaques, en particulier 2 péricardites sèches qui ont bien guéri. Nous doutons que M. Rendu ait eu la chance de traiter tant de malades le premier ou le deuxième jour de l'invasion, pour qu'il n'ait noté que deux ou trois complications cardiaques. Le cœur ne devait pas être touché.

Tandis qne M. Rendu s'applaudit, M. Leudet a observé une grande fréquence des complications vers la plèvre et vers l'appareil de la circulation, mais il n'indique pas le traitement employé.

M. Laure dit que dans les albuminuries d'origine rhumatismale, le salicylate semble influencer heureusement la complication rénale en même que la diathèse; mais il ne saurait être affirmatif sur ce point.

Nous avons vu sans étonnement un maître commencer par dire que le rhumatisme articulaire aigu est un *noli me tangere*, qu'on redoute les traitements trop actifs et trop énergiques, et finir par toucher très fort au rhumatisme articulaire aigu.

En face de ces discordances entre les résultats obtenus, il est permis de rappeler une pratique qui s'appuie sur une théorie à peu près vieille comme la médecine elle-même, sur la théorie de la révulsion.

Robert Davies se servait des bandelettes vésicantes autour des jointures. Sur 50 malades, 27 avaient déjà le cœur affecté d'inflammation récente ou ancienne, 23 ne présentaient aucune complication cardiaque. Les résultats du traitement dans ces 50 cas montrèrent que 25 malades, au moment de la sortie de l'hôpital, étaient complètement indemnes de toute maladie du péricarde ou de l'endocarde, en d'autres termes, en même temps que le cœur est demeuré sain dans les cas où il n'était pas attaqué, 2 cas d'endocardite récente ont paru guéris.

Le docteur Jeaffreson a employé le même traitement dans 5 rhumatismes très intenses; il ne s'est développé aucun accident du côté du cœur.

M. Lasègue ne s'en est servi que dans un nombre de cas insuffisant pour établir l'action sur le cœur.

De Chilly qui a été le premier à employer, dès le début de la maladie, les vésicatoires sur les articulations dans le rhumatisme articulaire aigu, voulait guérir rapidement les arthrites. Il couvrait les articulations d'emplâtre vésicant.

Nous n'examinons pas la théorie qui a dirigé ces auteurs; ils ont pour but d'éteindre le foyer d'où partira le rhumatisme pour atteindre le cœur. S'il est vrai que le cœur représente une articulation et ait les mêmes chances d'être pris que toute autre articulation, que même, d'après Ern. Besnier, il soit toujours atteint dès le début de la maladie, les vésicatoires sur les articulations ne peuvent supprimer complètement la lésion du cœur.

Le résultat obtenu par Davies n'est pas extraordinaire. Davies met de côté tous les rhumatismes articulaires aigus qui devaient se compliquer de lésion du cœur; il met ensuite à son actif tous ceux qui peut-être, sans traitement, seraient restés indemnes de lésion cardiaque.

Il nous suffit que le moyen employé par Davies soit rationnel; c'est de la révulsion en dehors du cœur.

De tout temps la facilité, avec laquelle le rhumatisme se déplace, a porté les médecins à le rappeler sur les jointures par des moyens irritants, dans les cas où il les quitte pour atteindre quelque viscère important. Nous ne contestons pas que pour obtenir un effet réel, il faudrait agir plus profondément sur l'articulation, à l'intérieur même de l'articulation; mais n'obtient-on pas une partie de l'effet désiré par de nombreux vésicatoires sur toutes les articulations?

Ern. Besnier, dit que si les arthropathies coexistent avec des manifestations multiples et mobiles du côté des viscères, auxquelles une perturbation, inconnue dans ses résultats éloignés, pourrait être apportée, c'est la médication externe seule qui doit être employée avec quelque activité.

Barthez (1802) insiste beaucoup sur ce point qu'il est dangereux de réprimer les éruptions survenant dans le cours d'une attaque rhumatismale.

J. Bouillaud applique aux manifestations du rhumatisme la grande loi établie par Hippocrate : *Duobus laboribus*, etc, mais il ne l'accepte qu'aux dépens du cœur, c'est-à-dire que l'endocardite et la péricardite pourraient agir à la manière d'un vésicatoire en dégageant les articulations, tandis que la réciproque n'aurait pas lieu, ou du moins il n'en parle pas; il dit seulement qu'une inflammation extérieure par sa rétrocession, par sa métastase, ne peut pas donner naissance à une inflammation intérieure.

Le mémoire de Dance sur l'emploi du tartre stibié à haute dose, dans le rhumatisme articulaire aigu, dit ceci : « Le rhumatisme articulaire aigu est d'autant plus douloureux, plus tenace et plus inamovible, qu'il occupe un moins grand nombre d'articulations; dans cette maladie, les articulations sont solidaires entre elles; si l'une d'elles vient à se dégager, une autre est envahie au même degré; si les douleurs, primitivement fixées sur plusieurs articulations, viennent à confluer sur une seule, cette dernière réunit la somme des souffrances des premières; si, au contraire, l'inflammation étant mono-articulaire se dissémine sur plusieurs points, c'est par une répartition de cette même inflammation sur chacun d'eux; ne serait-il pas rationnel, d'après cela, de chercher à rappeler, par des irritants locaux momentanés, l'inflammation rhumatismale en la divisant sur plusieurs articulations, lorsqu'elle conflue sur une seule et menace de la désorganiser, ce qui n'empêcherait pas de la combattre en même temps par un traitement approprié? » *Arch. de méd.*, avril 1829.

D'après J. Bouillaud : « Le rhumatisme articulaire, en s'éparpillant plus ou moins, n'existe pas au même degré dans toutes les articulations, et lorsqu'il s'empare de nouvelles articulations sans abandonner complètement celles qu'il avait déjà envahies, l'affection de ces dernières perd notablement de son intensité, comme si les fluxions qui s'établissent sur de nouvelles jointures jouaient le rôle de révulsifs. »

Bouillaud admet que le cœur représente une jointure, et pense avec Dance que, par des irritants locaux momentanés, on peut diviser l'inflammation sur plusieurs articulations, l'amoindrir, lui faire perdre en profondeur ce qu'on lui donne en surface, ce qui n'empêche pas de la combattre en même temps par un traitement approprié. Il y a donc quelque espoir de révulser l'inflammation établie sur le cœur.

La lésion du cœur ne coïncide pas avec un rhumatisme mono-articulaire ou partiel, mais la lésion du cœur peut être la seule et alors être profonde. N'y a-t-il pas lieu, dans ce cas, de tâcher de répartir sur les articulations la lésion concentrée sur le cœur?

L'intensité sur une jointure extérieure devient favorable; la diffusion répond de la gravité moindre de la lésion du cœur. Le cœur guérit comme toute autre articulation, à condition qu'il ne soit pas seul, ou à peu près seul pris. Si les jointures sont légèrement atteintes, le cœur peut l'être violemment.

Walshe insiste sur ce fait, que des affections rhumatismales très légères peuvent

s'accompagner d'affections du cœur. Ball a eu l'occasion d'observer quelques cas dans lesquels une péricardite très nettement caractérisée s'est développée à la suite de quelques douleurs articulaires fugaces et d'une bien minime intensité; c'est là d'ailleurs un fait qu'ont eu soin de faire ressortir Latham, Mac Leod, Taylor, Ormerod. Le rhumatisme subaigu, d'après Ball, le rhumatisme passager exercent sur le développement des lésions cardiaques une influence beaucoup plus grande qu'on ne l'avait supposé.

Nous avons montré que le rétrécissement mitral existe le plus souvent sans rhumatisme articulaire aigu antécédent. C'est le rhumatisme mono-articulaire du cœur.

« Le pronostic du rhumatisme cérébral est d'autant plus grave que la maladie se localise plus dans l'encéphale; tant que les articulations sont encore le siège de l'affection rhumatismale, tant que les enveloppes séreuses du cœur restent fortement atteintes par la phlegmasie, les symptômes cérébraux marchent avec moins de rapidité et entraînent moins nécessairement la terminaison fatale. Bien plus, Vigla et Moutard-Martin ont remarqué des cas où les symptômes cérébraux cessaient, lorsque les douleurs articulaires reparaissaient. Legroux a vu les accidents cérébraux disparaître au moment où se formait un violent épanchement dans le genou gauche. Marotte a remarqué l'amendement des symptômes graves d'affection cérébrale, lorsqu'il trouva un souffle doux à la pointe. » Diard. Thèse 1861.

« Dans l'enfance, la coïncidence de l'endocardite est la règle, même dans les cas de rhumatisme articulaire partiel ou subaigu. Le rhumatisme articulaire aigu se guérit en moyenne en dix jours, mais le pronostic est très aggravé par les affections organiques du cœur, d'autant plus graves qu'elles arrivent à un âge moins avancé. Sur 18 enfants, 12 avaient à leur sortie une affection cardiaque. » Claisse. Thèse 1864.

Nous voyons donc chez les enfants le cœur d'autant plus atteint que les lésions articulaires sont chez eux plus légères et guérissent plus facilement.

« Les attaques de rhumatisme articulaire excessives par l'acuité et la généralisation m'ont paru moins fréquentes que chez les adultes; la forme subaiguë est la plus commune; mais pour les complications, c'est la même fréquence, et souvent la gravité est plus grande. Un rhumatisme léger, qui touche à peine une ou deux articulations, et même de simples douleurs rhumatiques peuvent se compliquer d'endo-péricardite, affection toujours grave et parfois promptement mortelle. Un rhumatisme même très léger peut-être le point de départ d'affections multiples et très sérieuses, congestion pulmonaire, endocardite, aortite, chorée avec désordres intellectuels. » Roger.

Les différentes localisations internes sont liées aux différentes localisations externes. Les localisations des articulations supérieures coïncident avec les lésions des organes supérieurs, les inférieures avec celles des organes inférieurs. La lésion des épaules et en particulier de l'épaule gauche est redoutable en ce qu'elle annonce la lésion du cœur. « Le torticolis aigu, qui, d'après Gubler, n'est parfois qu'une arthrite cervicale appartient en propre aux enfants comme le lumbago aux adultes. » H. Roger.

Vogel, cité par Barthez, a remarqué « que les affections rhumatiques occupent généralement la tête, la poitrine et les extrémités supérieures, chez les jeunes gens; le dos et les extrémités inférieures chez les gens avancés en âge. Il a observé aussi que lorsque le rhumatisme se porte à l'intérieur, il affecte davantage, chez les jeunes gens, la tête, la gorge et la poitrine; et chez les hommes plus âgés, les hypochondres, les intestins, les reins et la vessie. » Fernet. Thèse.

N'y aurait-il pas dans la détermination plus fréquente de la blennorrhagie vers les genoux, le même rapport que nous avons dit exister entre les lésions des organes inférieurs et celles des membres inférieurs? Un individu atteint de blennorrhagie, puis de rhumatisme articulaire, sera plus disposé à la lésion des genoux.

Tous les traitements, l'expectation même, prétendent ou s'opposer à l'extension au cœur, de l'inflammation arthro-rhumatismale, ou la guérir. Ne résulte-t-il pas

de cette prétention trop générale pour n'être pas légitime, que peut-être l'inflammation n'agit sur le cœur que comme elle le fait sur les jointures, qu'elle y est passagère, et que le nombre des cas où elle s'y fixe est assez restreint de même que pour les jointures? Ce qu'il faut éviter, autant que nous le pouvons, c'est que le cœur devienne le foyer principal de l'inflammation. Peut-être trouvons-nous l'histoire vraie de l'endopéricardite dans l'endopéricardite traitée ou non; le médecin s'attribue peut-être trop souvent des résultats qui seraient arrivés sans lui. Un médecin à l'aide d'une médication spéciale obtient des succès; nous ne devons pas les contester; tous les médecins s'applaudissent; donc la maladie n'est pas aussi dangereuse qu'on le pensait.

Mais de ce que la lésion du cœur à la fin d'un rhumatisme articulaire aigu peut être considérée comme guérie, il ne suit pas que chez un rhumatisant il ne se développera pas lentement une lésion organique du cœur; c'est ce que nous voyons dans un certain nombre d'observations. Un malade qui, à la sortie de l'hôpital était déclaré indemne de toute maladie du cœur, rentre dans le même service trois ou quatre ans plus tard, sans avoir eu de nouveau rhumatisme articulaire, avec une lésion du cœur très accentuée. Par contre, un souffle qui existait pendant la convalescence a bien souvent disparu.

La pratique de Bouillaud était révulsive en même temps que spoliative, mais il voulait plutôt, à l'aide des révulsifs, anéantir l'inflammation sur place que la détourner du cœur; c'était une révulsion locale et non générale qu'il avait en vue; ces distinctions sont plus théoriques que pratiques; en faisant de la révulsion locale on fait de la révulsion générale. Bouillaud employait, sur les jointures enflammés, des ventouses scarifiées, qui sont révulsives en même temps que déplétives, et de larges vésicatoires volants sur les surfaces scarifiées. L'effet était considérable.

Quels étaient les résultats de la pratique de Bouillaud?

Les médecins anglais donnent comme durée du séjour à l'hôpital, pour les malades traités par les salicylates, 32 jours, et, dans des cas assez nombreux, 50 à 67 jours.

Dans la pratique de Bouillaud nous trouvons :

Pour 9 cas à 2 émissions sanguines, en moyenne 21 jours 5.
Pour 10 cas à 3 émissions, en moyenne 18 jours 6.
Pour 11 cas à 4 émissions, 22 jours 2.
Pour 8 cas à 5 émissions, moyenne 29 jours.
Pour 3 cas à 6 émissions, moyenne 34 jours.
Pour 7 émissions, 1 cas, 64 jours.
Pour 8 émissions, 1 cas, 48 jours. Moyenne générale, 34 jours.

En prenant les chiffres du séjour à l'hôpital, moyen brutal, nous avons des résultats favorables aux émissions sanguines, modérées, mais cependant encore assez énergiques. Nous attachons une importance médiocre à la durée du séjour à l'hôpital ; l'état du cœur nous touche beaucoup plus.

On donne comme durée totale, sous l'influence des salicylates, 35 jours; ce chiffre nous semble bien faible, lorsqu'on accepte 32 jours (et, dans des cas assez nombreux, 50 à 67 jours) de séjour à l'hôpital.

Si nous calculons la moyenne du nombre de jours de maladie indiqué par nos malades, comme ayant précédé leur entrée à l'hôpital, nous trouvons 16 à 17 jours. Ils ne peuvent plus travailler en moyenne depuis quatorze jours. Ils sont tout à fait alités en moyenne depuis 6 jours.

Sur 42 cas où les saignées ont été employées, le rhumatisme articulaire aigu depuis son premier début jusqu'à la sortie de l'hôpital dure : 13 fois de 15 à 30 jours, 13 fois de 30 à 40 jours, 14 fois de 40 à 70 jours, 3 fois de 70 à 100 jours. Nous trouvons en moyenne les 6 semaines indiquées par beaucoup d'auteurs.

La durée de la maladie n'est qu'un des côtés de la question; il faudrait savoir dans quel état sont les viscères à la sortie des malades.

CONCLUSIONS. — Dans le rhumatisme aigu, le cœur et les organes internes sont d'autant plus gravement pris que les jointures le sont moins.

En même temps qu'on s'efforce d'enlever toute la maladie, on doit, par des révulsifs puissants, maintenir sur les membres inférieurs la partie de la maladie qu'on n'a pu enlever.

L'absence des lésions des jointures n'est pas toujours désirable. Dans la plupart des cas de rétrécissement mitral pur, type de l'endocardite chronique, on ne trouve pas les lésions des jointures.

Il existe un rhumatisme inférieur et un rhumatisme supérieur, un rhumatisme du ventre et des jambes, un rhumatisme de la tête, de la poitrine et des bras; le premier appartient à l'âge mur, le second à l'enfance et à la jeunesse.

L'inflammation du genou écarte la lésion du cœur. La lésion du cœur est liée à la lésion de l'articulation scapulo humérale, gauche surtout.

Tout traitement doit être examiné au point de vue de son résultat pour le cœur et pour les viscères; le résultat pour les articulations est accessoire.

L'acide salicylique n'agit, d'après les Allemands, sur la lésion du cœur que lorsqu'il est administré le premier ou le second jour du premier rhumatisme.

Les Anglais trouvent plus de lésions du cœur chez les rhumatisants traités par l'acide salicylique que chez ceux qui sont traités par les autres moyens ou qui ne le sont pas. Ils sont en opposition complète avec les Allemands qui, il est vrai, mettent des conditions à leur succès.

Le traitement par les émissions sanguines et les vésicatoires, institué par J. Bouillaud, est beaucoup mieux toléré qu'on ne croit et n'a jamais présenté à notre observation les accidents que nous avons entendu lui reprocher, même quand, d'après nous, il était poussé trop loin. Le traitement était à la fois révulsif et déplétif.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1) (CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ),

Par le docteur G. RICHELOT père,
Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

OBSERVATION X. — Enorme engorgement du col utérin, qui présente une dureté squirrhoïde, et empêche, par l'excès de la douleur, de supporter la marche et la voiture, la station debout et la station assise. Inutilité des traitements généraux. Nécessité de prolonger, à chaque cautérisation, l'application du caustique Filhos, pour pouvoir entamer le tissu induré. Guérison après dix applications énergiques du caustique.

Madame J..., créole de la Nouvelle-Orléans, âgée de 28 ans, petite, à teint mat et à constitution molle comme la plupart des créoles, est accouchée pour la première fois dans les derniers mois de l'année 1859. Il paraît que cet accouchement n'a rien présenté d'insolite. La malade n'a point nourri son enfant, qui, après quelques mois d'existence, est tombé malade et après avoir traîné pendant quelque temps a fini par succomber. Cette mort a jeté la jeune mère dans un profond désespoir, et peu à peu sa santé s'est altérée. Lorsque je l'ai vue pour la première fois, environ quinze mois après son accouchement, elle était faible et pâle, mangeait peu, digérait mal, passait de mauvaises nuits. Elle ne pouvait s'asseoir que difficilement; la station assise déterminait des douleurs contusives intenses vers le fondement. Il lui était tout aussi pénible de rester debout; et lorsque, pour lui procurer quelques distractions, on l'obligeait à quitter son appartement pour faire une promenade, après une cinquantaine de pas dans la rue, elle était forcée de s'arrêter par la pesanteur douloureuse qu'elle éprou-

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 mai.

vait dans le bassin. La voiture lui était également insupportable. D'ailleurs, il y avait très peu d'écoulement par la vulve, et les époques menstruelles étaient assez régulières pour la date, mais peu abondantes.

Dans cet état de santé, qui ajoutait cruellement à sa tristesse, Mme J... avait été traitée sans succès successivement par deux médecins qui n'avaient appliqué aucune médication locale active, et avaient insisté principalement sur les moyens généraux.

L'exploration des organes génitaux me fit constater les lésions suivantes : Le col utérin énormément développé, était divisé en trois lobes volumineux à surface arrondie et lisse, d'une dureté comme squirrheuse, séparés par trois sillons peu profonds mais nettement accusés. L'orifice cervico-utérin, étendu en largeur, était béant, et laissait sortir peu de matière glaireuse. La surface du museau de tanche était plutôt pâle que rouge, mais l'entrée du canal cervico-utérin offrait une rougeur vive qui se prolongeait dans l'intérieur du canal. Il n'y avait ni ulcération, ni granulations. Il n'y avait pas d'élancements. Les lobes du museau de tanche étaient peu sensibles à la pression du doigt. Lorsqu'on soulevait l'organe utérin, qui se laissait facilement déplacer, la gêne douloureuse que l'on produisait ne dépassait guère le petit bassin. Un examen attentif, au moyen du palper hypogastrique, du toucher vaginal et du toucher rectal, permit d'établir que l'hypertrophie énorme du col utérin était la seule affection existante, et que le corps de la matrice ne participait pas ou au moins participait très peu à la maladie.

Le traitement fut à la fois général et local. Le traitement général eut pour but de réveiller les fonctions digestives, de combattre l'anémie, de réparer les forces, de remonter le moral de la malade, etc., etc. Le traitement local, qui devait être énergique, consista dans l'application du caustique Filhos.

Le 22 février 1861, une première cautérisation fut pratiquée. Le caustique resta appliqué pendant cinq ou six minutes, et produisit une eschare brune, superficielle. Le caustique, malgré son énergie d'action, avait peu de prise sur ce tissu induré, peu vital. La cautérisation ne fut rénouvelée que le 9 mars, à cause de l'époque menstruelle. Pour donner plus de force au caustique, l'extrémité du bâton fut plongée dans un peu d'alcool, qui, favorisant la fusion du caustique, en augmente l'action destructive. Malgré cette précaution, ce ne fut qu'après cinq ou six cautérisations consécutives, dans le courant d'avril suivant, qu'il fut possible de constater un commencement de résolution de la tumeur trilobée formée par le museau de tanche.

Dix cautérisations énergiques en tout ont été pratiquées du 22 février au 8 juin 1861. Ces opérations ont été peu douloureuses; elles ont eu peu de réaction sur la constitution, et n'ont pas notablement aggravé les souffrances de la malade. Elles ont donné lieu à l'écoulement presque permanent d'une sanie peu abondante. Elles n'ont en rien troublé les époques menstruelles. A partir des cinq ou six premières cautérisations, la marche est devenue de plus en plus facile, mais lentement; l'appétit est devenu à peu près normal et les forces se sont notablement améliorées. Après la dixième cautérisation, qui a été faite le 8 juin, le col utérin avait perdu en grande partie sa dureté anormale et son excès de volume. L'orifice avait une forme arrondie, et tout l'organe tendait à reprendre un aspect naturel. Je cessai alors le traitement local, insistant sur le traitement général qui devait être continué pendant tout l'été. La marche n'était pas encore sans douleur, mais la malade pouvait s'asseoir librement et supportait très bien la voiture. La dernière cautérisation avait laissé une perte de substance peu profonde. L'impulsion était donnée.

L'automne suivant, Mme J... vint me rendre compte de l'état de sa santé. Elle marchait comme tout le monde et se portait bien. Au toucher et au spéculum, le museau de tanche, à part un volume un peu plus considérable qu'à l'état ordinaire, avait tout à fait l'aspect qu'on lui trouve chez une femme qui n'a jamais eu d'enfants, souplesse de tissu, coloration naturelle, surface lisse et égale, forme arrondie de l'orifice, etc.

Quelques mois plus tard Mme J... a quitté la France pour retourner en Amérique, et je n'ai plus entendu parler d'elle.

REMARQUES. — Dans cette observation, on remarque le développement énorme, la forme trilobée et l'induration considérable du museau de tanche. Doit-on attribuer à la constitution chétive et peu résistante de la malade cet engorgement et cette induration exceptionnelle, qu'on ne sait trop comment expliquer. Il est curieux de voir avec quelle difficulté et quelle lenteur le puissant caustique a entamé les tissus, même aidé par son contact avec l'alcool. Il est douteux qu'un autre mode de traitement eût pu réussir dans le même laps de temps. De larges scarifications, par exemple, auraient-elles hâté la résolution de la tumeur? Je ne l'ai pas pensé. Pro-

bablement on n'en aurait pas obtenu une quantité suffisante de sang, et dès lors elles auraient retardé le traitement par les cautérisations. Ce n'est qu'après dix cautérisations énergiques que le museau de tanche a perdu sa dureté et son excès de volume. On a pu suivre le travail de résolution marchant parallèlement avec l'écoulement sanieux qui suivait chaque cautérisation. Et, l'impulsion une fois donnée, le phénomène réparateur s'est continué, à tel point que, quelques mois après la dernière cautérisation, le museau de tanche avait l'aspect de celui d'une femme qui n'a point eu d'enfants.

Observation XI. — Accouchement long et douloureux ; absence des soins nécessaires à la suite de l'accouchement ; reprise prématurée et avec excès des relations conjugales. Enorme engorgement du col, qui forme une tumeur saignante entre les grandes lèvres. Traitements généraux sans effet avantageux. Guérison en deux mois et demi par les cautérisations avec le caustique Filhos.

Madame K..., de...., 28 ans, tempérament lymphatique très prononcé, à peau blanche, à teint coloré, douée d'embonpoint, d'habitudes sédentaires, n'ayant pas eu de maladie grave avant son mariage, ni rien à noter d'une manière spéciale du côté des organes génitaux, était accouchée de son premier enfant depuis huit mois lorsqu'elle m'a consulté en mars 1861. Il semble résulter des renseignements assez vagues fournis par la malade, que son accouchement, quoique long et douloureux, avait été en somme naturel, mais qu'à la suite de cet accouchement, elle n'avait pas reçu tous les soins désirables, qu'elle n'avait pas gardé le repos assez longtemps, et surtout qu'elle avait repris trop tôt les relations conjugales, probablement avec excès. Ce qu'il y a de certain, c'est que depuis cet accouchement, elle n'a pas cessé de souffrir du bas ventre, des reins et de la partie interne des cuisses. Plusieurs traitements adressés à la santé générale étant restés sans résultat heureux, et les souffrances allant en augmentant, la malade s'est confiée à mes soins.

L'affection utérine n'avait pas encore eu le temps d'exercer une influence notable sur la constitution. Il n'y avait pas d'amaigrissement ; le teint avait conservé presque toute sa fraîcheur. On n'avait observé aucun mouvement fébrile. Cependant, les fonctions digestives commençaient à s'altérer ; les forces générales étaient considérablement amoindries. La malade ne pouvait ni marcher, ni rester debout, moitié par suite de l'affaiblissement constitutionnel, moitié par la douleur perçue du côté de la matrice. Il lui était même impossible de s'asseoir sans souffrir dans les parties génitales ; et depuis quelque temps elle ne pouvait guère quitter le décubitus dorsal. Les règles, sans donner lieu à une perte inquiétante, étaient très irrégulières, tant sous le rapport de la date de leur apparition, que sous celui de leur quantité. Depuis l'accouchement, il se faisait par la vulve un écoulement d'un liquide plus ou moins visqueux, presque toujours mélangé de sang.

L'exploration directe des organes génitaux révéla les faits suivants : En écartant les grandes lèvres, on trouvait le museau de tanche à l'entrée du vagin. Il était tellement volumineux et tellement sensible à la pression, qu'il était très difficile d'introduire le doigt indicateur dans le vagin, afin de s'assurer si sa situation déclive était due à un abaissement de tout l'organe ou à un allongement du col. Toutefois, le toucher vaginal pratiqué aussi bien que possible, permettait d'admettre qu'il y avait en même temps un certain degré d'abaissement et un allongement hypertrophique considérable. Ce diagnostic n'a pu être vérifié ni par le palper abdominal, car l'embonpoint de la malade ne laissait pas enfoncer les doigts explorateurs vers le petit bassin, ni par le toucher rectal, attendu le refus absolu de la malade de s'y prêter ; et j'ai été détourné du cathétérisme utérin en raison de la vive sensibilité de l'organe et de sa tendance à saigner, d'autant plus que, dans l'espèce, un diagnostic plus précis était inutile au point de vue pratique. Le col remplissait donc toute la partie inférieure du vagin. Sa surface inférieure était dépouillée de son épithélium, rouge, granuleuse, saignante, et formant une saillie mollasse, au milieu de laquelle l'orifice, largement ouvert et admettant toute l'extrémité du doigt dans sa cavité, donnait issue à un liquide glaireux. En définitive, la maladie paraissait, au moins en grande partie, limitée au col utérin, qui était le siège d'un engorgement considérable, avec érosion de sa surface, et état catarrhal de sa cavité.

L'indication était évidente : amener la résolution de l'engorgement. Et l'on pouvait espérer d'obtenir cette résolution en produisant ce qu'il est permis d'appeler la *fonte* des tissus engorgés, au moyen du caustique de Vienne, qui, produisant une eschare molle et une surface suppurante, devait déterminer un écoulement plus ou moins abondant, et, par suite, un véritable dégorgement local.

La première cautérisation avec le caustique Filhos a été pratiquée le 16 mars 1861. L'extrémité du bâton de caustique a été appliquée en plein au centre du museau de tanche,

pénétrant même un peu dans la cavité du col, et a été maintenue dans cette position pendant au moins deux minutes. Il en est résulté une eschare assez étendue et profonde. Cette cautérisation a été très douloureuse localement. Elle a été suivie d'un écoulement sanieux sanguinolent très âcre, irritant les parties externes et exigeant des lotions émollientes et des soins assidus de propreté. Après cette opération, la malade a été condamnée au repos absolu, et à un régime très doux, secondé par des injections vaginales et des lavements de nature émolliente.

Le 25 mars, neuf jours après la première cautérisation, une seconde application du caustique Filhos a été faite sur le même point. La plaie résultant de la chute de la première eschare était encore vive, mais déjà le col était moins mou et moins volumineux. Toutefois, pour arriver à un dégorgement complet, neuf cautérisations ont été jugées nécessaires du 16 mars 1861 au 30 mai suivant, les premières à environ huit jours d'intervalle, les dernières plus espacées.

Sous l'influence de ce traitement presque exclusivement local, car, ainsi que je l'ai dit plus haut, la santé générale était à peine troublée, le col utérin a diminué lentement de volume, reprenant graduellement sa forme et sa consistance naturelles, son orifice se rétrécissant de plus en plus, l'écoulement et la douleur par suite de la cautérisation étant de moins en moins intenses.

Après la chute de l'eschare de la dernière cautérisation du 30 mai, les parties manifestant une tendance évidente à revenir à leurs conditions anatomiques normales, Mme K... quitta Paris et alla passer l'été à la campagne. Elle marchait encore assez difficilement et avait besoin de beaucoup de ménagements. Mais sa santé n'a pas tardé à redevenir parfaite; et quelques mois plus tard, elle était enceinte pour la seconde fois; la grossesse a été très belle; l'accouchement s'est accompli heureusement. Mme K..., entourée cette fois de tous les soins convenables, s'est bien remise de cet accouchement; et depuis, jusqu'à l'été suivant, où j'ai cessé d'avoir de ses nouvelles, sa belle santé ne s'est pas démentie.

Remarques. — Il n'est pas sans intérêt de suivre ici la production de la maladie et son évolution, sous l'influence de l'incurie et de l'imprudence incroyables de la malade et de son entourage. On peut certainement voir dans les excès sexuels de cette dame et dans sa constitution très lymphatique, les causes de la tuméfaction énorme du col ramolli et saignant. Une chose curieuse, ce sont ces traitements inutiles adressés à la constitution, sans chercher à tenir compte de l'état local, et sans diriger aucun moyen thérapeutique de ce côté. Ce qui est surtout digne d'attention, c'est l'écoulement sanieux abondant qui a succédé aux cautérisations et a déterminé le dégorgement du col, et la rapidité avec laquelle l'application du caustique a été suivie d'un commencement de retour des tissus à leur volume naturel et à leur consistance normale. La grossesse qui est survenue après le traitement était une preuve, sinon de la guérison absolue, au moins de la reconstitution physiologique de l'organe malade.

A suivre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET LEUR APPEL TEMPORAIRE SOUS LES DRAPEAUX.

La lettre suivante soulève à nouveau l'importante question professionnelle de l'exercice de la médecine par les praticiens de nationalité étrangère. Ces revendications sont à coup sûr légitimes et, pour notre part, nous remercions notre confrère du département de l'Yonne. Si chacun témoignait de la même énergie et de la même résolution, les pouvoirs publics seraient bien obligés de rendre justice à nos revendications légitimes et à celles des Associations médicales :

Charny (Yonne), 28 mai 1883.

Monsieur le rédacteur en chef,

« L'*Union*, toujours disposée à soutenir les intérêts professionnels, fera bon accueil à ma « lettre.

« Les médecins de réserve seront appelés tous les ans et mis au courant des besoins de la « médecine militaire ; très bien, si nous devons rendre service au pays.

« Qu'il me soit cependant permis de soulever une objection ; vous connaissez les difficultés

« du début de la carrière : soucis, fatigues, etc...; enfin, la clientèle est faite, les peines sont « récompensées. Je pars faire mes 28 jours. Si mon confrère n'est pas Français, qu'arrivera-« t-il? De retour, j'aurai perdu la moitié de mes clients.

« L'Etat a le droit d'être généreux pour les étrangers, mais il a le devoir de protéger ses « sujets et ne doit pas compromettre leurs intérêts au profit de l'étranger. Tout individu « diplômé, exerçant en France, devrait être Français. — Pas de profits sans charges.

« Pourquoi, du reste, ne pas proposer cette mesure : Les étudiants en médecine ayant, « après sursis, subi deux examens de doctorat au moins, seront mis au courant des détails « de la réglementation de la médecine militaire pendant l'année de leur volontariat et seront « dispensés des 28 jours. Les étudiants ne remplissant pas les conditions ci-dessus seront « versés dans les régiments de ligne et feront 28 jours une fois médecins de réserve.

« J'ai l'honneur, etc..... « Rocher. »

L'utilité de mobiliser annuellement pour une période d'exercices les titulaires des emplois de médecins de réserve est démontrée. Elle est indispensable à la bonne organisation de l'armée; nous n'y insistons pas. Quant aux inconvénients que vont créer ces appels pour le médecin et pour sa clientèle, l'intervention des Sociétés locales les atténuera certainement, si nos confrères ont besoin d'y avoir recours.

Reste la question des médecins étrangers. Les uns possèdent les diplômes français délivrés par les Facultés nationales, à ceux-là on peut objecter les bénéfices qu'ils retirent de leur nationalité. Soit. Il serait donc équitable de leur imposer des charges en retour des avantages dont la garantie du diplôme officiel leur donner le bénéfice. C'est à nos confrères du Parlement de résoudre cette question qui ne manque pas d'ailleurs d'actualité à cette heure où on signale avec effroi et où on demande de tous côtés de combattre avec énergie l'intrusion des étrangers, parfois nos futurs ennemis dans toutes les professions.

Quant aux *irréguliers* qui exercent impunément sans diplômes français ou sans autorisations légales, à ceux-là qui sont très nombreux et trop nombreux pour l'honneur de nos gouvernants, il serait facile d'appliquer la loi. Ici encore, c'est à nos confrères du Parlement de prendre en main cette initiative et de la porter à la tribune. Les documents ne manqueron pas. Il est vrai que l'atmosphère du Sénat et du palais Bourbon est, dit-on, orageuse. Peu importe, pourvu qu'elle ne soit pas trop somnifère, et que pour nos confrères devenus homme politiques elles n'aient pas cette classique *proprietatem dormitivam*, dont Molière faisait si grand bruit. Dans ce cas, m'est avis que nos confrères qui sont les électeurs de ces honorables, et nos Sociétés départementales ont quelque droit de leur rappeler, s'ils l'oublient, que pour être secondaire toute question relative à l'organisation médicale possède toujours une grande importance sociale.

La question soulevée par notre honorable correspondant de Charny n'est qu'un épisode dans la défense des intérêts professionnels du Corps médical; nous aurons sans doute à y revenir. Ici encore nous comptons à la fois sur l'appui moral de nos lecteurs et sur les documents qu'ils voudront bien joindre à ceux que nous posédons déjà. — C. E.

BIBLIOTHÈQUE

Les thèses du concours d'agrégation en médecine (1883).

Suite. — (Voir le numéro dd 19 mai.)

X. — Des diverses espèces de purpura, par M. le Dr Du Castel, médecin des hôpitaux. Paris, Doin, 1883.

Cette question de pathologie générale était bien difficile à résoudre dans l'état actuel de la science. Il existe encore beaucoup d'obscurité dans la pathogénie des purpuras; aussi M. du Castel a-t-il dû se borner à exposer l'état de la question en tenant compte des observations les plus récentes, qui, importantes au point de vue étiologique et anatomo-pathologique, n'ont, il faut bien le reconnaître, que peu éclairci la pathogénie de l'affection.

M. du Castel établit d'abord deux grandes classes dans les purpuras : la première, dans laquelle se rangent les variétés désignées sous les noms de simplex, exanthématique, rhumatismale, nerveuse (Couty), myélopathique (Faisans), hémorrhagique, scorbutique, est celle des *purpuras primitifs*; la seconde, à laquelle appartiennent les variétés cachectique, sénile, infectieuse, médicamenteuse, mécanique, est celle des *purpuras secondaires*. Chaque division est justifiée par des exemples et des opinions empruntées à divers auteurs, et la description

clinique ancienne de chaque variété est présentée au fur et à mesure de son énumération. Chaque variété ayant une étiologie différente, on peut se demander quel trait d'union relie les uns aux autres des malades atteints d'affections nées dans des circonstances si diverses. Pour répondre à cette question, M. du Castel examine les modifications indiquées dans le sang, le système vasculaire, les troubles de la circulation et de l'innervation, et arrive à des conclusions qu'il est loin de donner comme définitives, mais qui sont l'expression de nos connaissances actuelles sur le purpura.

« *Il semble*, dit-il, que dans nombre de cas le purpura trouve son origine dans une perturbation de la circulation capillaire et probablement dans une exagération locale de la tension sanguine. — Les troubles de l'innervation *paraissent* jouer un rôle important dans sa production; l'altération des parois vasculaires et la modification des qualités physiques du sang *agissent peut-être* plus par les troubles circulatoires qu'elles occasionnent que par les modifications qu'elles apportent à la résistance des parois vasculaires et la densité du sang. — La fragilité *encore mal connue* des vaisseaux, la fluidité du liquide sanguin, sont des adjuvants des troubles de la circulation capillaire; elles facilitent la production et amènent l'abondance de l'hémorrhagie. »

Comparant enfin les purpuras primitifs aux purpuras secondaires, dont la connaissance lui sert à grouper à nouveau les nombreuses espèces de la première catégorie, M. du Castel s'attache à démontrer que toutes les variétés créées par l'étiologie et la pathogénie ne peuvent être conservées dans la clinique, et qu'on doit admettre actuellement cinq espèces de purpura :

Purpuras rhumatismaux exanthématiques, ou exanthèmes rhumatismaux hémorrhagiques; — purpuras cachectiques; — purpuras toxiques (médicamenteux, infectieux); — purpuras mécaniques; — purpuras consécutifs à une lésion du système nerveux.

Les purpuras *simplex* et *hémorrhagique* disparaissent du cadre nosologique comme entités morbides; ils se confondent avec les autres variétés, n'étant eux-mêmes que des expressions symptomatiques communes à nombre d'états pathologiques.

(*A suivre.*) L.-H. PETIT.

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX (sensibilité), par M. le docteur Mathias DUVAL. — Paris, O. Doin.

Le domaine de la sensibilité est certainement un des moins connus dans le champ si vaste de la physiologie. En tout cas, les sept leçons que publie l'auteur servent de guide aux étudiants qui veulent l'explorer et aux médecins qui ont besoin de compléter de temps en temps les notions acquises à l'École par la connaissance des faits nouveaux que la science enregistre chaque jour. A une époque féconde en recherches cliniques et anatomiques sur les troubles de la sensibilité, il était opportun de jeter un coup d'œil d'ensemble sur cette fonction. L'ouvrage actuel est donc utile et répond à un but pratique.

Dans la première leçon, l'auteur revendique pour la physiologie le rôle important qu'elle doit remplir dans l'évolution progressive des sciences médicales, c'est-à-dire l'union des procédés de la méthode expérimentale avec ceux de l'observation clinique. Il répond ainsi par avance aux observations de ceux qui demandent encore, sans toutefois l'obtenir, le divorce de la médecine et de la physiologie. L'*introduction* à la physiologie est donc un plaidoyer par lequel l'habile avocat a su gagner sa cause.

Les propriétés générales du système nerveux, les différences entre les nerfs moteurs, sensitifs, ou mixtes, les notions précises sur la fibre et la cellule nerveuses, sur l'excitabilité, la conductibilité et la sensibilité récurrentes font l'objet des deux leçons suivantes. Dans le quatrième chapitre, M. Mathias Duval étudie les actes réflexes, les synesthésies, l'extériorisation des sensations et les formes diverses de la sensibilité générale ou spéciale; et, dans les deux derniers, les organes et les phénomènes du toucher.

Ce volume est donc un exposé des faits acquis dans ces dernières années. Ecrit avec une concision qui n'exclut ni la clarté ni la précision, il sera lu certainement avec un intérêt au moins égal à celui que ses auditeurs donnaient au professeur pendant ces leçons. Il serait à désirer que ce livre ne fût que le premier fascicule d'un ouvrage plus complet sur la physiologie du système nerveux. Succès oblige, espérons que M. Mathias Duval continuera et complètera son œuvre.

DES NÉVROSES DU LARYNX, par M. le docteur A. GOUGUENHEIM. — Paris, 1883; Delahaye et Lecrosnier.

Cette question méritait assurément de faire l'objet de leçons cliniques, d'autant plus que les

névroses du larynx; maladies assez fréquentes dans la pratique, sont en général sommairement ou incomplètement décrites dans les traités généraux de maladies nerveuses. Un court exposé d'*anatomie et de physiologie* précède ces leçons, qui ont pour objet la description clinique de l'*anesthésie*, de la *paralysie*, de l'*hyperesthésie* et du *spasme du larynx*; et pour conclusion l'exposé du *traitement de ces diverses affections*.

L'*anesthésie du larynx*, d'origine hystérique, est fréquente; et, d'après M. Gouguenheim, les causes de cette affection autres que l'hystérie (saturnisme, épilepsie, alcoolisme) sont douteuses. Les *paralysies du larynx* ont été classées par les auteurs classiques d'après les différents muscles paralysés. Il est plus clinique de les étudier, comme le fait l'auteur, d'après leur ordre de fréquence morbide : c'est-à-dire de passer en revue : les *paralysies hystériques*, par *compression nerveuse*, *catarrhale*, par *fatigue musculaire*, d'*origine cérébrale*, d'*origine traumatique*, dans les *maladies générales* et *certaines intoxications*.

Enfin, les *hyperesthésies* et les *spasmes du larynx* sont encore étudiés suivant la même méthode, l'auteur étudiant successivement les hyperesthésies et les spasmes d'origine névropathique et traumatiques, ou bien causés par des affections laryngiennes. Le dernier chapitre est un résumé complet de la médication de ces névroses.

Cette brochure, de quelques pages, sera lue par tous ceux qui préfèrent les descriptions précises, simples et réellement cliniques aux classifications pathologiques, étendues et compliquées. La laryngo-pathologie attend son législateur; M. Gouguenheim, par ce mémoire, montre bien la nécessité d'étudier le larynx au point de vue clinique, et non pas seulement relativement aux lésions anatomo-pathologiques de sa muqueuse, de ses nerfs ou de ses muscles. Cette tentative est heureuse. Puisse cette brochure servir d'avant-propos à un ouvrage plus complet. Le succès des leçons actuelles est le présage assuré d'un tel ouvrage, livre qui manque dans la littératue médicale contemporaine. — Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentations. — Communication : Soudure complète de la langue avec le plancher de la bouche; discussion. — Présentation d'appareil pour le redressement des ankyloses du genou. — Présentation de pièce pathologique : Arrachement de l'extrémité de la dernière phalange de l'index et de tout le tendon du muscle fléchisseur profond.

M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Jules Brongniart, médecin consultant aux eaux de Contrexéville, une brochure intitulée : *Action de l'eau minérale de Contrexéville chez les calculeux, étudiée au point de vue du diagnostic de la pierre et du résultat ultérieur des opérations*.

Cette brochure, dit M. Verneuil, émanée d'un médecin instruit et consciencieux, ancien interne des hôpitaux de Paris, est tout à la fois très instructive et singulièrement originale, en ce que, contrairement à l'usage, elle parle des contre-indications à l'emploi des eaux de Contrexéville. Avait-on jamais vu, jusqu'à ce jour, un médecin d'eaux minérales trouver des contre-indications à l'usage de ses eaux? Ce paradoxe hydrologique se trouve réalisé dans la brochure de M. Brongniart. En effet, on avait admis, sans y regarder de trop près, que les eaux de Contrexéville avaient la propriété de révéler la présence des calculs vésicaux latents; — on avait dit encore qu'il était bon d'envoyer à Contrexéville les calculeux qui devaient subir l'opération, dans le but de les y préparer. Or, M. Brongniart montre par des faits que les eaux de Contrexéville n'ont pas la propriété de révéler la présence des calculs, et que, d'autre part, elles sont plutôt nuisibles qu'utiles aux calculeux que l'on envoie prendre ces eaux en vue de les préparer à l'opération.

M. Verneuil termine en disant que l'on ne saurait trop encourager l'excellente tendance d'un médecin d'eaux minérales qui ne craint pas de signaler des contre-indications à l'usage de ses eaux, et, d'autre part, que les chirurgiens doivent se tenir désormais pour avertis de ne pas envoyer à Contrexéville, avant l'opération, les calculeux qu'ils se proposent d'opérer.

— M. Pozzi dépose sur le bureau une observation d'ouverture accidentelle de la vessie dans le cours d'une opération d'ovariotomie. La malade a guéri par cicatrisation de la plaie vésicale, sans que l'on ait été obligé de recourir à la suture des bords de l'incision.

— M. Richelot présente, au nom de M. le docteur Onimus, une observation confirmative du rétablissement de l'innervation par la voie collatérale, dans la zone de distribution d'un

nerf coupé. Cette observation prouve que ce mode de rétablissement a lieu quelquefois pour les nerfs moteurs comme pour les nerfs sensitifs; il peut y avoir, lorsqu'il s'agit d'un nerf moteur, un fâcheux inconvénient, c'est que l'irritation des filets nerveux coupés, en se transmettant par voie collatérale dans la sphère de distribution d'un tronc nerveux voisin, peut amener l'atrophie partielle des groupes musculaires du voisinage.

— M. Duplouy (de Rochefort), membre correspondant, communique une observation de vice de conformation extrêmement rare. Il s'agit, en effet, d'une soudure complète de la langue au plancher de la bouche, avec atrophie de l'organe dans son tiers antérieur; en un mot d'une ankyloglosse totale, affection qui n'a guère été signalée que par Sernin (de Narbonne) et par Bouisson (de Montpellier).

M. Duplouy demande si ses collègues de la Société de chirurgie ont rencontré quelque cas analogue, et quel serait leur avis sur l'opportunité d'une opération et la manière dont elle devrait être pratiquée.

L'enfant, petite fille âgée de deux mois seulement, offre en même temps une ectromélie de la main droite; elle se nourrit fort mal, car elle ne peut avaler qu'avec peine et en éprouvant des suffocations fréquentes. La mâchoire inférieure et la région sus-hyoïdienne ont subi un certain arrêt de développement; l'os est moins élevé dans sa portion incisive que sur les côtés. La langue, adhérente par toute la face profonde, subit, vers sa pointe, un amincissement considérable; elle se continue en avant, sans transition, avec la muqueuse gingivale qui revêt la portion incisive de l'os et se confond avec elle à ce point qu'il n'existe là aucun sillon de séparation appréciable. Sur les côtés et en arrière existent des reliefs assez saillants, recouvrant des sillons d'un millimètre de profondeur. Très amincie et comme membraneuse en avant, la langue a conservé, dans ses deux tiers postérieurs, une épaisseur suffisante pour remplir ses fonctions si elle était libérée de ses attaches, et elle offre une structure musculaire, car on la sent se contracter sous le doigt pendant les efforts de déglutition; mais elle ne se sépare pas du plancher, qui se soulève en masse pendant les tentatives stériles de succion accomplis par l'enfant. L'état chétif de celle-ci est sans doute peu encourageant pour tenter une opération; cependant elle court le risque d'une mort prochaine si l'on n'intervient pas pour favoriser la nutrition.

M. Duplouy serait disposé, sauf avis contraire de ses collègues, à essayer de détacher la langue de ses adhérences, en se servant du thermo-cautère manié à petits coups et en séparant avec la spatule tout ce qui peut-être libéré.

Quant aux portions centrales, il avait songé à des ligatures partielles et à l'emploi des pinces hémostatiques laissées même à demeure au besoin pour empêcher les hémorrhagies si redoutables à cet âge. En tout cas, il ne veut rien faire sans s'appuyer de l'avis de ses collègues de la Société de chirurgie.

La discussion qui a suivi l'intéressante et importante communication de M. Duplouy a rempli à peu près toute la séance; un grand nombre de membres y ont pris part. Elle a été contradictoire, comme il arrive nécessairement dans toute discussion, et, disons-le, quelque peu confuse, les uns se montrant surtout préoccupés du manuel opératoire et des moyens de prévenir les adhérences consécutives, les autres écartant, du moins quant à présent, toute idée d'opération à laquelle ils préféreraient l'emploi de divers moyens d'alimentation artificielle qui permettraient d'attendre que l'enfant ait acquis avec l'âge un peu plus de vigueur et de force de résistance aux chances aléatoires de l'opération.

Voici, du reste, un court résumé de cette discussion.

M. Lucas-Championnière a eu l'occasion de donner des soins à un petit malade placé dans le cas de la petite fille de M. Duplouy. La langue était adhérente dans toute son étendue au plancher de la bouche; il n'existait pas le moindre sillon intermédiaire et la pointe de l'organe ne pouvait se dégager des liens qui la fixaient dans une immobilité complète.

M. Lucas-Championnière s'est borné à séparer partiellement la langue de ses adhérences; d'un coup de ciseaux il a réussi à dégager la pointe, et l'enfant, à la suite de cette opération, s'est mis à téter d'une façon suffisante pour sa nutrition régulière.

M. Lucas-Championnière ne voit pas, dans le cas de M. Duplouy, qu'il y ait nécessité absolue de faire une opération complète. Entre ce cas et ceux où la succion est gênée par l'existence d'un simple filet trop court, il y a place pour une foule de cas intermédiaires; peut-être y aurait-il ici moyen de pratiquer avec succès une opération partielle qui ne ferait courir aucun risque à l'enfant.

M. Verneuil admet l'opération, mais à la condition de ramener la muqueuse linguale sur sa face inférieure après libération, ou de récliner l'organe sur lui-même pendant un temps

assez long. Il estime que, faute de cette précaution, la soudure se reproduira infailliblement, au bout de peu de temps, par le mécanisme des plaies angulaires.

M. Trélat a vu, à la Maternité, un cas très analogue à celui de M. Duplouy. La langue était adhérente dans toute son étendue au plancher de la bouche, et sa pointe semblait fixée au maxillaire inférieur. En examinant attentivement ce vice de conformation, M. Trélat crut s'apercevoir que les parties latérales de la langue n'avaient pas la dureté, la résistance, l'épaisseur du reste de l'organe et qu'il y avait peut-être un vide au delà de ces adhérences. Saisissant alors les replis existant à la pointe et sur les bords et les décollant avec quelques coups de ciseaux, il eut la satisfaction de tomber dans une sorte de vide sous-membraneux dans lequel l'introduction d'une sonde cannelée permit d'obtenir facilement la séparation du reste de l'organe. Ces adhérences pouvaient se comparer à celles que l'on constate au niveau du prépuce après la naissance.

M. Desprès, en examinant le dessin mis par M. Duplouy sous les yeux de la Société de chirurgie se demande si l'épaisseur des tissus existant à la place occupée ordinairement par la langue au-dessus du plancher de la bouche, mérite ici le nom de langue. Si la langue manque chez cet enfant, aucune opération ne pourra assurément la lui rendre. Si la langue existe réellement, si M. Duplouy a senti des efforts de succion opérés par cet organe, on commencerait par alimenter l'enfant en lui donnant une vieille nourrice à bouts de sein très longs et, après avoir laissé l'enfant prendre des forces, on pourrait, au bout d'uu an, pratiquer la libération de la langue.

M. Marc Sée propose à M. Duplouy d'emprunter à la muqueuse des joues des lambeaux dont on appliquerait les faces cruentées sur les faces correspondantes du plancher de la bouche, afin de prévenir le recollement cicatriciel après l'opération.

M. Tillaux trouve qu'une opération de ce genre pratiquée sur un enfant de deux mois est chose assez grave pour faire hésiter le chirurgien. Le peu de résistance des enfants à cet âge, la crainte de l'hémorrhagie, soit pendant la section des génio-glosses, soit pendant la confection des lambeaux autoplastiques, lui feraient de beaucoup préférer l'alimentation artificielle par l'un quelconque des moyens variés dont on dispose aujourd'hui.

M. Guéniot pense que l'alimentation artificielle pourrait être assurée, chez cette enfant, par l'un des moyens suivants : une longue tétine allant presque jusque dans le pharynx, ou bien un de ces petits vases à long bec dont on se sert dans les campagnes, et à l'aide desquels on peut porter les liquides nutritifs dans la profondeur de la bouche, de telle sorte que l'enfant n'ait en quelque sorte qu'à opérer les mouvements de déglutition. Comme M. Tillaux, M. Guéniot craindrait que l'opération pratiquée sur une enfant si jeune n'entraînât la mort. On pourrait d'ailleurs, au bout de quelques mois d'alimentation artificielle, juger s'il y a quelque intérêt à intervenir chirurgicalement.

M. Farabeuf demande pourquoi l'on n'utiliserait pas, pour l'alimentation artificielle de l'enfant, la sonde œsophagienne en caoutchouc rouge.

M. Pozzi a vu des enfants atteints de gueule-de-loup être parfaitement nourris à la cuillère. Qu'arrivera-t-il après l'opération que l'on propose dans le cas actuel? Il est possible que l'on ne trouve qu'une langue amincie, rudimentaire, imparfaite, et l'on doit se demander si elle pourra servir à l'enfant pour téter convenablement.

M. Verneuil a eu l'occasion, une seule fois il est vrai, d'employer la sonde en caoutchouc rouge chez un enfant. Avec cette sonde, on entre plus facilement dans l'estomac des enfants que dans la vessie d'un adulte. Il a pu nourrir cet enfant pendant huit ou dix jours par ce moyen sans le moindre inconvénient. On ne court aucun risque de blesser les organes.

M. Guéniot fait remarquer que la sonde œsophagienne n'est pas un moyen pratique chez un enfant de deux mois, car il faudrait l'introduire sept ou huit fois par jour pour le nourrir d'une manière suffisante. Placer la sonde à demeure n'est pas plus pratique à cet âge. Par contre, il a vu une enfant de trois ou quatre mois, opérée par M. Le Dentu d'un bec-de-lièvre à gueule-de-loup, être parfaitement nourrie à l'aide d'une petite bouteille coiffée d'une longue tétine bouchant l'ouverture palatine, l'opération n'ayant été appliquée qu'à la partie extérieure du bec-de-lièvre. L'enfant est aujourd'hui une belle petite fille de 3 ans fort bien portante.

M. Lannelongue a opéré des enfants de trois à cinq mois affectés de bec-de-lièvre et il est toujours parvenu à les nourrir par des procédés variés d'alimentation artificielle, tels que la cuillère, le verre, la tétine, etc. Quant à la possibilité de faire tolérer la sonde à demeure, chez les enfants, elle n'est pas douteuse. M. Lannelongue n'a pas eu l'occasion de l'expéri-

menter chez des enfants de deux mois, mais il l'a employée chez des enfants de 4 ou 5 ans avec un succès complet. Cette sonde était gardée jour et nuit, et l'on alimentait ainsi les enfants six ou sept fois par jour.

M. Guéniot estime qu'il y a une différence extrême entre des enfants de 4 ou 5 ans et des enfants de deux mois au point de vue de la tolérance pour la sonde œsophagienne à demeure. Celle-ci provoquerait infailliblement des vomissements chez les derniers par sa présence dans l'estomac ou l'œsophage.

M. Verneuil a fait une fois l'expérience de l'alimentation des enfants avec la sonde en caoutchouc rouge du volume de la sonde uréthrale n° 18. Rien de plus facile que d'introduire par cette sonde de 80 à 100 grammes de lait autant de fois qu'il est nécessaire; une nourrice intelligente pourrait fort bien s'acquitter d'une semblable tâche qui n'exige nullement l'intervention d'un médecin.

M. Trélat ne met pas en doute la possibilité de l'alimentation artificielle par les divers moyens indiqués : pot, cuillère, verre, tétine, sonde, etc. La possibilité matérielle d'une semblable alimentation existe, mais, ce qui manque, c'est l'expérience du succès d'une alimentation semblable pendant une année, et c'est là ce qu'il faudrait avoir dans le cas soumis à l'appréciation de la Société de chirurgie. On ne pourrait pas montrer un enfant atteint de gueule-de-loup, chez lequel on ait assuré l'alimentation avec la sonde œsophagienne pendant une année.

M. Lucas-Championnière ne croit pas que tous ceux qui ont parlé du recollement de la langue après l'opération de la destruction des adhérences, aient parlé d'après leur propre expérience. Pour lui, dans le cas de l'enfant auquel il a partiqué la libération partielle de la pointe et des bords de la langue, il a vu cet enfant conserver la liberté des fonctions de l'organe et téter parfaitement après l'opération. Il pense qu'une opération semblable pourrait parfaitement réussir dans le cas de M. Duplouy. Dans le cas où s'opérerait le recollement consécutif, l'enfant pourrait être nourri très complètement avec l'un quelconque des procédés indiqués, même par la voie nasale, comme l'a indiqué Malgaigne.

M. Duplouy déclare qu'il n'avait aucun parti pris lorsqu'il a soumis le cas dont il s'agit à l'appréciation de ses collègues. Il tiendra compte des précieux avis qui ont été exprimés dans cette discussion. Il se propose d'attendre le plus longtemps possible avant d'opérer, et, si l'opération devient indispensable, il procédera par voie de décollement, puis d'autoplastie, mettant à profit les idées de MM. Trélat et Verneuil, bien qu'il soit permis d'espérer que les adhérences ne se reproduiraient pas, même sans autoplastie. Sernin (de Narbonne) n'avait pas pris cette précaution et n'en a pas moins réussi.

— M. le docteur Robin (de Lyon) met sous les yeux de la Société de chirurgie un appareil pour le redressement de l'ankylose du genou, appareil employé depuis un an dans les hôpitaux de Lyon, particulièrement dans le service de M. le docteur Mollière. (Comm. MM. Nicaise, Delens, Tillaux.)

— M. Polaillon présente une pièce pathologique provenant de l'arrachement de l'extrémité de la dernière phalange de l'index gauche et de tout le tendon du muscle fléchisseur profond. — A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 25 au 31 mai 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès: 1,158. — Fièvre typhoïde, 35. — Variole, 10. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 23. — Diphthérie, croup, 49. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 4. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 72. — Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 60. — Bronchites aiguës, 43. — Pneumonie, 93. — Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 59; au sein et mixte, 34; inconnus, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 94; circulatoire, 59; respiratoire, 81; digestif, 40; génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 3. — Morts violentes, 46. — Causes non classées, 4.

Résumé de la 22e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, endant la période du 25 au 31 mai, 1,214 naissances et 1,158 décès.

Le nombre des décès de la précédente période était de 1,247.

Il y a donc amélioration notable. Cependant la mortalité actuelle est un peu supérieure à

la moyenne annuelle de la ville de Paris. C'est aux décès des enfants de 0 à 5 ans qu'il faut attribuer cette légère différence; leur mortalité annuelle, calculée au taux de cette semaine, serait de 139,6 décès pour 1,000 vivants, au lieu de 107 qu'elle atteint en moyenne à Paris. Les maladies qui ont causé cet excédent de décès infantiles sont l'Athrepsie (95 décès), qui ne s'était jamais montrée si meurtrière depuis le commencement de l'année, et la Méningite (53 décès de 0 à 5 ans). Les fortes chaleurs de ces deux dernières semaines sont sans doute cause de la recrudescence très normale de ces deux maladies.

Au contraire, la Rougeole a subi une remarquable décroissance, elle n'a fait que 22 victimes au lieu de 45, chiffre qui avait été atteint la semaine dernière. On continue à remarquer une petite épidémie locale, heureusement très atténuée, dans le 11e arrondissement et dans le quartier des *Quinze-Vingts*.

La fièvre typhoïde se ressent heureusement de l'approche du mois de juin, où elle atteint presque toujours le minimum à Paris. Nous ne comptons cette semaine que 35 décès typhoïdiques au lieu de 57,48 et 46 qui étaient les chiffres des autres semaines de mai.

On constate également une décroissance de la Variole (10 décès au lieu de 19), et de l'Érysipèle (4 décès au lieu de 8). Enfin, les malheureux poitrinaires doivent à la douceur de la température, sans doute, de voir leur fin se reculer de quelques jours, 202 seulement au lieu de 238 (chiffre à peu près normal) sont morts la semaine dernière.

La légère épidémie de Coqueluche que l'on remarque depuis près de deux mois reste à l'état stationnaire. La Scarlatine continue à être très rare.

Enfin, on peut constater une légère augmentation de la fréquence du Croup (49 décès) et de la Bronchite aiguë (43 décès au lieu de 36).

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

CORRESPONDANCE

UTILITÉ DES REVACCINATIONS.

Un de nos confrères de Paris nous envoie les lignes suivantes :

« Je porte sur les deux bras de larges cicatrices vaccinales dont la date, malheureusement pour moi, remonte au premières années du siècle, au printemps de 1805.

« Je me suis revacciné sans succès en 1843 et en 1847. J'avais donc quelque raison de me croire indemne à l'égard du virus vaccino-variolique.

« Eh bien, en faisant les vaccinations communales en 1862, je me piquai accidentellement le bout de l'index gauche; un bouton caractéristique survint. En 1876, dans la même circonstance, la pointe de ma lancette effleura encore le même doigt et le médius. A chaque place se produisirent des pustules qui évoluèrent régulièrement, et que M. Depaul, auquel je les montrai, diagnostiqua au premier coup d'œil.

« Samedi dernier, enfin, piqûre involontaire de l'instrument imprégné de vaccin, et depuis deux jours un bouton ombiliqué se montre et se développe sur le dos de la deuxième phalange de mon index.

« Loin de savoir mauvais gré à ces écarts de ma lancette, je suis tenté d'en dire : *Felix culpa* !

« Je vous signale ces petits faits, parce qu'ils sont un argument à l'appui de la nécessité des revaccinations périodiques. Dr X... »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très précises). — Séance du vendredi 8 juin 1883.

Ordre du jour. M. Rathery : Sur l'isolement des varioleux. — Mr Rendu : Communication sur un second cas d'ataxie syphilitique, suivi de guérison. — Continuation de la discussion sur la réfrigération dans la fièvre typhoïde : MM. Constantin Paul, du Cazal. — M. Ed. Labbé : Sur la thoracentèse.

— Un congrès international de la protection de l'enfance s'ouvrira, à Paris, le 15 juin prochain. On trouvera tous les renseignements au siège de l'administration de la Société générale de protection pour l'enfance abandonnée ou coupable, rue de Lille, 47.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 5 juin. — On s'apprête à de nouvelles élections : chirurgiens, thérapeutistes, associés libres vont encore occuper des comités secrets, motiver des rapports, absorber des séances. Les derniers peut-être seront les plus intéressants, pour qui se rappelle les compétitions et les modifications réglementaires de l'an dernier. Nous aurons l'occasion d'en reparler avant le moment décisif. En attendant le jour de la lutte, une commission de sept membres a été nommée par voie de tirage au sort, pour examiner les titres des candidats, dresser une liste de présentation, faire un rapport, c'est-à-dire travailler longtemps avant que rien se décide.

Autre commission : MM. Luys, Blanche, Brouardel, Baillarger, Mesnet voudront bien examiner les différentes questions que soulève la loi de 1838 sur les aliénés, et dont l'Académie, répondant au sentiment général, s'est émue il y a quelques semaines.

Après avoir ainsi préparé les travaux à venir, l'Académie, obéissant à une douce habitude, revient à la fièvre typhoïde, avec MM. Blot, Fauvel, Lagneau et Marjolin. Ce dernier trouve le projet de M. Rochard parfait sur tous les points, et plaide sa cause avec chaleur. Cependant le vote est remis à huitaine; il semble que, si la discussion était close, l'Académie serait inconsolable.

On a fait encore beaucoup de choses, et le temps n'a pas été perdu. Au début de la séance, M. Laboulbène avait montré une larve de parasite brésilien qui, fait inouï jusqu'à présent, était venue vivante jusqu'à Paris, mais qui, malgré tous les soins, est morte sans avoir pu éclore. Néanmoins, le cœur de M. Laboulbène est plein d'espoir; il ne désespère pas de voir pénétrer chez nous, grâce à la vitesse des bateaux à vapeur, tous les parasites du Nouveau-Monde. A ces mots, les académiciens donnent quelques signes d'inquiétude. « Pour y être décrits et détruits », ajoute l'orateur.

Enfin M. Semmola, professeur à l'Université de Naples, a vivement intéressé l'assemblée par une communication sur la maladie de Bright. L'idée défendue par le savant étranger n'est pas absolument nouvelle parmi nous; Gubler soutenait déjà que la néphrite est consécutive à la dyscrasie albumineuse. Mais le faisait-il avec autant de force et de preuves à l'appui? M. Semmola étudie avec patience toutes les formes d'albuminurie, toutes les variétés d'albumine suivant leur diffusibilité. Ce qui donne un grand attrait de nouveauté à son travail, c'est une série de recherches expérimentales déjà longues et pleines de sagacité.

M. Semmola n'est pas seulement un maître séduisant, un esprit facile aux allures toutes napolitaines. Il travaille et provoque des travaux autour de lui. Auteur d'un livre sur la *Médecine vieille et la médecine moderne*, il y soutient les droits de la clinique contre les abus de la science d'outre-Rhin. On dit qu'il n'est pas inféodé à l'Allemagne, et qu'il a voulu porter son travail à la tribune de notre Académie comme témoignage de sa sympathie et de sa déférence envers la médecine française. On dit que, député influent de la Chambre italienne, il est venu porter en France des paroles de paix et d'amitié. Bref, le professeur de Naples a recueilli parmi nous un franc et légitime succès. L.-G. R.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Legrand du Saulle.

LE DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS.

Leçon clinique recueillie par M. G. Crespin, interne des hôpitaux.

Jusqu'à ces derniers temps, le délire des persécutions n'était pas décrit comme espèce, comme entité morbide, et, malgré sa très grande fréquence et ses caractères distinctifs fort nets, il était implicitement fondu dans la mélancolie de Pinel, dans la lypémanie d'Esquirol et dans la monomanie à idées tristes de Baillarger. En 1852, M. Lasègue publiait dans les *Archives générales de médecine* un mémoire ayant trait au délire des persécutions; mais à part ce travail, on rencontrait à peine sur le sujet quelques matériaux épars çà et là, lorsque j'entrepris d'étudier cette question. Ayant eu la bonne fortune d'examiner un nombre considérable de persécutés à l'Infirmerie spéciale près le dépôt de la Préfecture de police, je me mis à réunir de nombreuses observations, et, grâce à ces documents, je pus écrire en 1871 mon livre sur le *Délire des persécutions*, dans lequel j'examinai ce délire sous une face nouvelle et j'en fis une espèce à part. Les faits que j'ai observés depuis cette publication sont venus confirmer toutes les conclusions que je formulais alors.

Je me propose aujourd'hui de faire devant vous une étude à peu près complète de ce délire qui frappe à Paris plus de 500 individus par an, afin qu'éclairés par les faits cliniques que je vous exposerai et par l'observation des malades que je vous présenterai, vous ayez tous les éléments nécessaires pour porter une juste appréciation médicale.

L'homme prédisposé au délire des persécutions a un caractère timide, craintif et soupçonneux. Il ne possède en général qu'un niveau intellectuel moyen, et comme s'il avait le sentiment de sa faiblesse, il se défie de lui et jalouse tous ceux qui l'entourent. Cet homme peut traverser une période de temps souvent fort longue pendant laquelle la maladie est pour ainsi dire en incubation. Durant cette période, le délire est vague et indéterminé; il présente un caractère d'indécision remarquable. Le malade a une sorte d'inquiétude indéfinissable : ses affaires personnelles sont très prospères, et néanmoins il est tourmenté et anxieux. Bientôt, après un certain temps de préoccupation, il arrive à se demander quelle est la cause de ses souffrances, car avant d'admettre l'idée de persécution, il cherche à se raisonner lui-même. Puisque ses maux sont extraordinaires, et que rien dans sa santé ni dans sa position ne peut lui en donner l'explication, il faut que les impressions pénibles qu'il ressent aient une cause secrète : ce sont alors des ennemis cachés, intéressés à sa perte, qui cherchent à le faire souffrir. Mais cette idée n'est d'abord posée qu'avec beaucoup de réserve. Ainsi que l'a très bien fait remarquer le professeur Lasègue, le malade exprime lui-même son doute : « J'ai cru, dit-il, qu'on m'en voulait, mais je n'ai pas de preuves : je me suis démontré l'absurdité de mon opinion. » Mais, peu à peu, le vague disparaît, le doute est remplacé par la certitude, et le malade s'arrête définitivement à un système de délire.

L'aliéné fait alors sa petite enquête; mais, au lieu de procéder comme un homme sain d'esprit qui se croyant en butte à telles ou telles inimitiés, recherche les mobiles qui peuvent porter les autres à lui nuire, il se contente de s'étonner qu'on lui en veuille, sachant qu'il n'a fait de mal à personne. Et alors, au lieu de rejeter loin de lui l'absurdité d'une persécution sans motifs, il acceptera pour l'expliquer les raisons les plus insignifiantes. Remarquez bien, en effet, qu'il s'arrêtera toujours aux causes les plus futiles et les plus inattendues, tandis qu'il peut être victime des plus grands malheurs, perdre ses biens et sa famille, sans qu'il songe un instant à accuser qui que ce soit. Ne sachant sur quelles personnes de son entourage il doit porter ses soupçons, il accusera des êtres mystérieux : la police, les physiciens, les somnambules, les jésuites. Il fera intervenir très fréquemment la magie, l'électricité, la jonglerie, la ventriloquie, la télégraphie, la téléphonie. Si les

les faits dont il se plaint ne sont pas trop extraordinaires, il incriminera des voisins qu'il n'a jamais vus et qu'il ne cherche pas à connaître.

Une fois que l'aliéné a découvert que ses ennemis le persécutent, il ne demande pas du tout à se renseigner, et se résigne au rôle de victime. Quelques malades ont cependant une volonté assez ferme pour laisser de côté leurs idées délirantes; et afin de les mieux repousser, quelques-uns changent de résidence, de profession ou même de religion. Ces persécutés, en procédant de la sorte, s'imaginent tromper leurs ennemis; mais, d'ici peu de temps, les idées de persécution réapparaîtront souvent avec des hallucinations de l'ouïe, si ces hallucinations ne se sont pas produites dès le début comme cela arrive assez fréquemment. Cependant, chez quelques-uns, le délire s'arrête; j'ai même observé un certain nombre de cas de guérison complète. On peut espérer la guérison du malade tant qu'il n'est pas halluciné; mais dès que les hallucinations apparaissent, on doit bien moins y compter : le calme dans lequel il se trouve par suite du changement de lieu n'est que passager; les ennemis secrets ne tarderont pas à retrouver sa trace et les poursuites recommenceront.

M. X... sortait régulièrement du café à onze heures du soir, et s'imaginait que des gens guettaient sa sortie pour le poursuivre de leurs injures. Un certain soir, il sortit à dix heures et crut avoir dépisté ses ennemis; mais bientôt les persécutions recommencèrent de plus belle. Alors, il se mit à sortir à neuf heures, puis à huit heures; et de cette façon, il parvenait à obtenir quelques jours de repos. Cet homme a fini par se séquestrer complètement.—Un officier de marine, qui revenait du Mexique après une longue traversée pendant laquelle il s'était montré de la plus grande tranquillité, eut à peine mis le pied à terre qu'il s'imagina qu'on chuchotait, qu'on ricanait, et qu'on l'insultait en le traitant de lâche et de corsaire. Envoyé de nouveau en voyage, il navigua pendant un an sans avoir d'hallucinations; mais, de retour en France, il alla chez ses parents, en Lorraine, et ne tarda pas à être assailli par ses idées de persécution; il lui fut bientôt impossible de dormir sans avoir un poignard sous son oreiller. Cette observation vous montre comment a pu s'opérer chez ce malade, à plusieurs reprises, la suspension du délire, grâce à l'heureuse influence d'une navigation prolongée. — Un élève de l'Ecole des mines entendait dans les rues des injures sur ses mœurs et sa manière de vivre. Il voyagea beaucoup; mais, à Paris, les voix l'insultaient en français, à Turin en dialecte piémontais, à Milan en italien. Dans un voyage en Allemagne, dont il ne comprenait pas la langue, les hallucinations cessèrent; il en fut de même pendant une excursion en Angleterre, probablement pour la même raison. Le malade put ainsi se procurer quelques mois de repos. — Esquirol rapporte le cas d'un individu qui, sachant toutes les langues de l'Europe, fut tourmenté par des voix qui lui parlaient alternativement dans toutes les langues connues de lui. Les aliénés polyglottes sont donc moins susceptibles de voir leur état s'améliorer par le changement de lieu que les autres persécutés.

Nous venons de voir que, dans les premiers temps de leur maladie, les individus atteints du délire des persécutions offrent une indécision caractéristique, qu'ils doutent de leur délire et n'arrivent que peu à peu à en avoir la certitude. Les hallucinations viennent les affermir dans cette conviction, et par leur cachet spécial rendent le délire reconnaissable. Elles ne portent guère que sur le sens de l'ouïe, parfois sur le sens de l'odorat, et exceptionnellement sur le sens de la vision, lorsque le malade est en même temps un alcoolisé. Nous considérons, en effet, comme pathognomonique l'absence des hallucinations de la vue dans le délire des persécutions. M. Lasègue ne cite que deux ou trois cas dans lesquels les hallucinations visuelles aient existé.

Les hallucinations de l'ouïe ne débutent pas toujours d'emblée. Le malade commence par interpréter à sa façon les bruits réels qu'il entend : Une porte qui s'ouvre, une voiture qui passe, des gens qui causent dans la rue ou le regardent, tout est l'objet de ses commentaires. Plus tard, il entend des gens qui parlent de lui, qui publient ses actes les plus intimes et profèrent des menaces ou des injures

à son adresse. Des voix viennent l'interpeller par sa cheminée pendant la nuit et l'empêchent de dormir. On l'injurie, on le tourmente; et, chose remarquable, il ne cherche pas même à connaître ceux qui s'adressent à lui; c'est là un caractère sur lequel j'insiste, car il a une très grande valeur. On peut frapper à sa porte, l'accabler d'outrages; le véritable persécuté ne voit rien; on entre chez lui, on lui parle à l'oreille; il entend, mais ne voit pas; bien plus, il ne cherche pas à voir.

Le persécuté doute d'abord un peu de ses hallucinations auditives comme il a douté de l'existence de ses ennemis, mais le doute ne tarde pas à disparaître, il entend bientôt très distinctement *ses voix*. Vous l'entendrez très souvent se servir de ces expressions : *Mon idée parlante*, *ma suggestion*, *mon âme*, *mes invisibles*. Une dame soignée par Esquirol appelait ses voix *mes bavardes*. Une malade que j'ai observée avait des voix qui se contredisaient à chaque instant : tantôt *ses mauvaises* lui donnaient de funestes conseils; tantôt *ses bonnes* la retenaient et la onsolaient. Ce phénomène de la double voix n'est pas très rare.

Les persécutés sont tellement absorbés par ces hallucinations et par les tourments qu'elles leur suscitent, qu'ils deviennent d'un égoïsme profond : rien ne les intéresse ni ne les émeut. Leur attention ne se porte que sur ce qui les regarde directement : j'ai vu, pendant les plus mauvais jours du siège de Paris, des malades ne se préoccuper en aucune façon des combats qui se livraient autour d'eux et de la fusillade qu'ils entendaient.

Un autre phénomène bien caractéristique se montre en même temps que les hallucinations dans le délire des persécutions : l'aliéné se figure qu'on peut lire sa pensée sur sa physionomie, la deviner et la proclamer au dehors. Tout le monde sait ce qu'il fait et le répète partout. Ces malades sont tellement convaincus que leurs affaires sont connues de tous, que si vous les interrogez pour la première fois, ils vous répondront invariablement : « Vous savez bien qui je suis... Vous ne lisez donc pas les journaux... Mon histoire est racontée partout. » Ou bien ils vous diront, comme un jeune homme que j'observais récemment dans une consultation : « Je n'ai rien à vous dire, vous savez tout... On devine ma pensée; ma volonté est paralysée, on parle par ma bouche. » Ils se composent ainsi un vocabulaire à part, et on retrouve facilement dans les termes bizarres qu'ils emploient, une preuve frappante de tous les tourments qui les agitent.

Vous allez pouvoir retrouver presque tous les signes que je vous ai indiqués chez les malades que je vous présente et que nous allons interroger ensemble :

L'une d'elles, R., appartient au service de Moreau (de Tours) : elle vous dit qu'elle est poursuivie par des individus *faisant de la jonglerie* sur les places publiques. Ces individus emploient la *magie* et l'*électricité* : Ils sont dans des souterrains et demeurent *invisibles*. Ce sont ces magiciens qui viennent l'insulter de la façon la plus grossière et la menacer de coups de couteau. « Ils savent, ajoute-t-elle, tout ce que je pense, et ils *dévoilent ma pensée au dehors*. » — Une autre persécutée, S..., 42 ans, vous raconte qu'en 1877, des êtres *étiques et sveltes* venaient la violer et la battre pendant la nuit. Mais elle ajoute qu'elle ne les voyait pas, car ils étaient *invisibles*. Ces êtres étiques lui envoient à la Salpêtrière des coups de *machine électrique*. Chez ces deux aliénées se rencontrent donc plusieurs des caractères que nous avons signalés : l'étrangeté du langage, les hallucinations de l'ouïe, l'absence d'hallucinations visuelles.

Il peut encore arriver que le persécuté éprouve avec des hallucinations de l'ouïe, des hallucinations de l'odorat, ainsi que nous l'observons chez une malade du service de M. Voisin. Cette malade, J..., 39 ans, a comme vous pouvez le voir, un aspect étrange; elle porte deux petites croix d'étoffe pour ne *pas être assommée*. Chez elle, les hallucinations de l'odorat sont très marquées : elle sent des *odeurs de cabinets d'aisance*, *de l'arsenic*, *du caoutchouc brûlé*. Des voix viennent lui crier à l'oreille à chaque instant : « Il faut lui casser une jambe, il faut l'empoisonner. » Ce sont les *sœurs* qui ont voulu l'empoisonner plus de quinze fois. Elle prétend avoir *subi sept corsaires qui la brûlaient et soufflaient avec chaleur* : ces corsaires sont *invisibles*, et se cachent sous le plancher; ils lui ont *mis une ceinture*

de virginité et lui ont fait uriner le sang. Enfin elle vous raconte qu'elle est continuellement narguée par les femmes de la Salpêtrière, qui sont mariées avec des *préfets ou des agents de police*.

Toutes ces observations vous montrent bien le persécuté tel que nous l'avons décrit, c'est-à-dire faisant appel à des êtres mystérieux ou à des choses surnaturelles pour expliquer son délire; elles vous le montrent poursuivi par des voix qui l'injurient et l'insultent, sans qu'il cherche jamais à se renseigner sur les personnes qui l'accablent de leurs outrages. Nous avons étudié le délire des persécutions dans le cas le plus simple; nous allons maintenant, Messieurs, l'examiner lorsqu'il s'accompagne d'autres conceptions délirantes, telles que les idées hypocondriaques ou les idées de grandeur.

A suivre.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

LES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET TOXIQUES

des alcaloïdes du *Quebracho blanco* (*Apidosperma quebracho*),

d'après les recherches de MM. Henri HUCHARD, médecin de l'hôpital Tenon, et Ch. ELOY, ancien interne des hôpitaux.

Dans deux récentes communications à la Société de thérapeutique et à la Société de biologie, nos deux collaborateurs ont fait connaître les premiers résultats des recherches qu'ils poursuivent sur les propriétés thérapeutiques des alcaloïdes de l'écorce du *quebracho blanco*.

Le *quebracho blanco*, qu'il ne faut confondre ni au point de vue morphologique, ni au point de vue thérapeutique avec le *quebracho colorado*, fournit à la matière médicale une écorce dont l'extrait a été cliniquement employé depuis quelques années en Allemagne, en Italie, en Espagne et en Amérique. M. H. Huchard, pendant son séjour à l'hôpital Laënnec, a eu, il y a déjà trois années, l'occasion d'en faire l'essai sur des malades de son service. Préconisé comme fébrifuge et diurétique, l'extrait fluide de cette écorce a été surtout recommandé à titre d'eupnéique dans les dyspnées asthmatiques, dans l'emphysème pulmonaire, la phthisie et les bronchites. Mais les résultats obtenus étaient contradictoires : tandis que les uns mettaient son efficacité en doute, les autres, l'enthousiasme aidant, élevait ce médicament au rang d'une panacée destinée à combattre avec succès jusqu'à l'embolie pulmonaire !!

Depuis, on est parvenu à séparer chimiquement les divers alcaloïdes qui donnent à cette substance son activité. Il était donc indispensable de reprendre cette question à peine étudiée; c'est ce que viennent de faire MM. Henri Huchard et Eloy dans le laboratoire de médecine du Collège de France, et simultanément à l'hôpital Tenon.

Ces recherches portent sur l'aspidospermine, l'aspidospermatine, l'aspidosomnie, la quebrachine et l'hypoquebrachine, alcaloïdes de l'écorce du *quebracho blanco*. Les premières expériences dont il a été rendu compte aux Sociétés de biologie et de thérapeutique sont relatives à l'aspidospermine et aux produits résiduaires de sa fabrication; c'est-à-dire au mélange des autres alcaloïdes.

L'aspidospermine, sous forme de solution et en injections hypodermiques augmente l'amplitude des mouvements respiratoires. Cette amplitude mesurée sur des tracés graphiques de la respiration et enregistrés au moyen des appareils de M. Marey, est accrue dans le rapport de 1 à 3 pour le lapin et de 1 à 3, 5 pour le chien.

Après cette phase d'augmentation de l'amplitude, la respiration devient plus fréquente; le nombre des respirations s'élève dans la proportion de 11 à 12 ou de 10 à 11 suivant l'espèce animale; l'évaluation comparative étant faite sur une même unité de longueur de tracé. Ainsi donc, le chlorhydrate d'aspidospermine modifie les mouvements respiratoires en *amplitude* et en *fréquence*, premier fait dont l'utilité clinique n'est certainement pas à démontrer.

Mais l'aspidospermine a d'autres propriétés. Les observateurs se réservent de faire connaître ultéreurement les modifications physiologiques qu'ils ont observées sur la circulation, les sécrétions, la motilité et la sensibilité. Toutefois, ils signalent encore un fait qui avait été entrevu par par quelques uns des expérimentateurs, qui employaient l'extrait brut de quebracho, à savoir que, à doses toxiques, le sang veineux prend une coloration rouge, vermeille, éclatante. De plus, la température s'abaisse graduellement et dans un espace de temps relativement court, ont voit la colonne thermo-métrique tombée de 39 à 36.

Cette coloration du sang, contemporaine de l'abaissement de température, est l'objet de

recherches cliniques et spectroscopiques, dont MM. Huchard et Eloy ont promis de faire connaître les conclusions. Elle a une grande importance, car elle correspond à la production des phénomènes physiologiques dits de l'arrêt des échanges et permettrait de donner l'interprétation de certains faits encore obscurs, de pathologie et de thérapeutique dans lesquels on observe cet arrêt des échanges.

L'aspidospermine est modérément toxique; mais le principal obstacle à son introduction dans la thérapeutique, est son prix élevé. L'alcaloïde, utilisé dans ces recherches, n'était pas l'aspidospermine du commerce; car la substance vendue le plus souvent sous ce nom est un *mélange de tous les alcaloïdes* du quebracho. Par conséquent, les anciennes expériences faites avec ce mélange sont toutes sujettes à révision, chaque alcaloïde possédant des propriétés différentes de celles de ses congénères. Aussi, les alcaloïdes, dont il est ici question, ont été préparés sur la demande des expérimentateurs par les soins d'un habile chimiste, M. Tanret.

En terminant, il faut noter que si la toxicité de l'aspidospermine à doses élevées est incontestable, celle des autres alcaloïdes du quebracho est très grande. En employant une solution du mélange des alcaloïdes que forment les produits résiduaires de l'extraction de cet agent, on voit la mort survenir rapidement, dans l'espace de trois à six minutes, avec des doses de cinq à dix gouttes d'une solution à 4 p. 100. La température s'élève de un degré à un degré et demi; les secousses convulsives durent quelques secondes; les mouvements respiratoires perdent leur rhythme et leur ampleur; enfin l'animal succombe sous l'asphyxie. A l'ouverture des cavités viscérales, on constate que le sang est noir et les poumons maculés d'ecchymoses de couleur foncée.

Le mélange de ces alcaloïdes produit donc la mort par asphyxie, différence physiologique qui les sépare encore de l'apidospermine.

D'ailleurs, MM. Henri Huchard et Eloy ont promis de compléter prochainement ces communications sur les propriétés de l'aspidospermine et aussi de faire connaître celles de l'aspidospermatine, l'aspidosmine, la quebrachine et l'hypoquebrachine. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ces recherches.

Dès à présent, ils appellent l'attention des médecins qui font usage de l'extrait du quebracho et qui considèrent cette substance comme *sans danger, même à hautes doses*, sur la grande *toxicité* de ces alcaloïdes. Ils existent non seulement dans cette préparation, mais aussi dans le mélange des alcaloïdes vendus habituellement sous le nom d'aspidospermine. Cette considération a une importance majeure et montre, une fois de plus, la nécessité de procéder à de nombreux essais physiologiques dans l'étude des médicaments nouveaux et avant de leur assigner définitivement une place dans la thérapeutique, comme certains auteurs l'ont fait trop hâtivement pour le *quebracho blanco*. — L. D.

BIBLIOTHÈQUE

De l'élongation du nerf nasal externe dans le traitement du glaucome, par A. Trousseau, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1883. (Ollier-Henri.)

M. Trousseau signale, dans cette thèse inaugurale, un mode da traitement qui lui semble appelé dans bien des cas à remplacer avantageusement les opérations connues, et à prendre dans l'avenir une grande place en chirurgie oculaire.

La nouvelle méthode qu'il préconise est due à M. Badal (de Rordeaux), qui en a entrevu toutes les conséquences.

Le chirurgien n'est pas entièrement désarmé en présence du glaucome; mais les moyens dont il dispose sont souvent fort précaires. Et d'abord, voici comment l'auteur juge l'iridecomie :

1° Souvent elle donne d'excellents résultats dans le traitement du glaucome, mais bien souvent aussi elle est impuissante à enrayer la marche de l'affection ;

2° Son maximum d'action existe dans le glaucome aigu, et alors qu'elle est pratiquée près du début. Dans ce cas, on aurait même vu des exemples de guérison :

3° Dans le glaucome chronique inflammatoire, elle est encore utile, mais alors seulement qu'il reste un peu de vision;

4° Dans le glaucome chronique simple, elle enraie parfois le processus, mais échoue souvent aussi;

5° Elle est dangereuse dans le glaucome hémorrhagique;

6° Parfois elle aurait amené une attaque glaucomateuse sur l'œil opposé (Agnew et Weber, *Medical News*, 25 février 1882);

7° Elle est d'une exécution assez difficile et amène quelquefois des accidents dus à l'opéra-

tion elle-même (hémorrhagies, blessure et subluxation du cristallin, sclérose de la cornée, etc).

M. Trousseau s'appesantit ensuite sur les faits de sclérotomie aujourd'hui connus, et formule ainsi son opinion :

1° La sclérotomie est une opération très inconstante dans ses résultats;

2° Elle n'est nullement curative et doit être souvent suivie de l'iridectomie, qui semble donner des résultats plus stables ;

3° Elle n'est pas toujours inoffensive dans le glaucome hémorrhagique ;

4° Quand l'iridectomie a échoué, ellle ne fait pas mieux ;

5° Elle paraît bonne dans les prodromes du glaucome ;

6° Elle agit surtout contre l'élément douleur ;

7° Elle abaisse parfois la tension intra-oculaire et remonte l'acuité visuelle. Mais ce résultat n'est pas durable.

Voici maintenant les conclusions de l'auteur sur la méthode nouvelle, appuyées sur une dizaine d'observations :

1° L'élongation du nerf nasal externe est une opération sans gravité et très simple, qui pourra dans bien des cas être substituée à l'iridectomie et surtout à la sclérotomie dans le traitement du glaucome.

2° Elle réussira parfois là où ces opérations auront échoué.

3° Elle pourra souvent retarder une opération bien plus grave, telle que l'énervation ou l'énucléation, et peut-être même prévenir l'emploi de ces moyens ultimes.

4° Elle sera toujours facilement acceptée par les malades, et pourra toujours être tentée sans inconvénient, puisqu'en cas d'insuccès elle laisse le champ libre aux opérations qui doivent être directement pratiquées sur le globe oculaire.

5° Elle devra être essayée dans les prodromes glaucomateux.

6° Elle calme promptement les crises douloureuses du glaucome et en prévient souvent le retour.

7° Elle remonte parfois l'acuité visuelle.

8° Elle abaisse nettement la tension intra-oculaire.

9° En cas de résultat négatif obtenu par l'élongation du nerf nasal externe, il sera bon de s'adresser à un des autres nerfs sensitifs de l'orbite.

JOURNAL DES JOURNAUX

Extraits de la *Revue de médecine*, janvier-avril 1883.

Des troubles vertigineux dans le tabes (*vertige de Ménière tabétique*), par MARIE et WALTON. — 1° Il est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit généralement d'observer dans le tabes des accidents vertigineux plus ou moins intenses, tout à fait analogues au syndrome de Ménière (dans les deux tiers des cas que les auteurs ont examinés).

2° Le début de ces accidents coïncide souvent avec celui du tabes (près de la moitié des cas; dans un cas, il ne sont survenus que vingt-cinq ans après le début du tabes, dans trois autres cas quinze ans après).

3° Les accidents vertigineux ne sont pas sous la dépendance d'une dégénération du nerf auditif analogue à celle du nerf optique; la fonction physiologique du nerf auditif n'est pas altérée.

4° On peut logiquement attribuer ces accidents à la lésion des seules fibres du nerf auditif qui proviennent des canaux semi-circulaires et constituent le nerf du *sens de l'espace.*

Recherches sur la pathogénie des endocardites et des scléroses cardiaques, par H. MARTIN.— Toutes les cardiopathies peuvent être divisées en deux grands groupes : maladies à *origine valvulaire*, maladies à *origine vasculaire.* Il existe entre ces deux groupes des analogies remarquables. De part et d'autre, on constate une période aiguë, et une période chronique qui est presque toujours la conséquence de la première. Dans les deux cas aussi, l'altération primitive, soit qu'elle ait un foyer principal *valvulaire*, soit qu'elle dépende d'une multitude de petits foyers *vasculaires*, est le point de départ d'un double processus hyperplastique : l'un musculaire, qui est toujours compensateur, c'est la *lutte pour la fonction* ; l'autre interstitiel ou scléreux.

Que la sclérose ait débuté par la valvule pour rayonner ensuite à travers les cordages et les piliers valvulaires dans un sens, à travers la zone auriculo-ventriculaire dans l'autre, ou qu'elle soit d'abord péri-artérielle, elle n'en a pas moins une même conséquence fatale. Elle enlace dans une multitude d'anneaux les faisceaux musculaires, qu'elle étouffe ensuite quand

elle subit plus tard la *rétraction dystrophique*; l'asystolie survient alors et termine la scène. D'ailleurs, alors même que la sclérose est encore relativement peu disséminée, son siège de prédilection dans des régions dont la fonction est très active (cordages, piliers, zone auriculo-ventriculaire) en rend les conséquences beaucoup plus désastreuses.

Si l'on s'en tenait à la lettre, il y aurait donc une différence profonde entre ces deux groupes de cardiopathies. Mais cette différence est peut-être beaucoup moins tranchée qu'on ne pourrait le croire. Kœster attribue, à tort peut-être, les cardiopathies *valvulaires* à des embolies locales intra-vasculaires; ce qui les ferait rentrer dans le groupe d'origine *vasculaire*. D'autre part, l'auteur a observé une *endartérite* intra-valvulaire précoce au début des lésions inflammatoires des valvules.

Cependant, quant même les vaisseaux seraient toujours le point de départ de la lésion, la classification des cardiopathies en deux groupes mériterait d'être conservée, car elle est en rapport avec des différences incontestables dans l'*étiologie* et le *mode d'évolution*; elle satisfait l'esprit et évite des confusions, des rapprochements inadmissibles entre les affections de deux organes essentiels, le cœur et le rein, affections qui, loin de dépendre l'une de l'autre, ne sont toutes deux que l'effet successif et simultané d'une cause commune et beaucoup plus générale, l'*endartérite*.

Recherches cliniques sur les accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépatiques, par Barié. — 1° Certains états dyspeptiques, prenant leur origine dans l'estomac, l'intestin ou les voies biliaires, retentissent sur l'appareil cardio-pulmonaire dans les quatre formes suivantes :

a. Le cœur seul est intéressé, palpitations ou intermittences.

b. Accidents intéressant le poumon et le cœur. Du côté du poumon : oppression pouvant aller jusqu'à l'orthopnée; elle survient après le repas sous forme d'accès, cesse après le travail de la digestion pour reparaître au repas suivant. Du côté du cœur : dilatation des cavités droites, entraînant quelquefois une insuffisance tricuspidienne secondaire, avec ses conséquences cliniques. Phénomènes stéthoscopiques : bruit de galop ayant son siège dans le cœur droit, accentuation du bruit diastolique au niveau de l'artère pulmonaire, indice de l'élévation de la tension dans le système de la petite circulation. Outre ces accidents cardio-pulmonaires, on observe encore pendant la durée de l'accès de dyspnée, un pouls petit, mou, dépressible, de la cyanose, du refroidissement de la face et des extrémités, de la dilatation pupillaire et quelquefois de petites hémoptysies.

c. Accidents très voisins de l'angine de poitrine.

d. Phénomènes à peine ébauchés, anhélation très légère après le repas, accentuation du second bruit au niveau de l'artère pulmonaire, mais sans trace de dilatation du cœur.

e. Ces quatre formes peuvent s'emprunter quelques-unes de leurs modalités : de là des formes mixtes.

2° Ces divers accidents sont la conséquence d'une excitation réflexe partie des voies digestives pour aboutir au poumon : contraction spasmodique des capillaires, élévation de la tension dans l'artère pulmonaire, d'où la dilatation et ensuite l'hypertrophie du ventricule droit.

3° La physiologie expérimentale attribue cet acte réflexe au grand sympathique. Toutefois la clinique permet de croire que le pneumogastrique n'y est pas étranger.

4° Les accidents cardio-pulmonaires ne s'observent qu'à la suite des affections légères des voies digestives (catarrhe, graviers, calculs, etc.), et non dans le cours des affections qui désorganisent profondément les tissus (inflammations chroniques diffuses, dégénérescences organiques, etc.)

5° Ils surviennent de préférence chez les individus dont le système nerveux est très impressionnable : 28 femmes et 19 hommes, état névropathique, chlorose, hystéricisme.

6° En général, le pronostic n'est pas grave, mais la récidive est à craindre en cas de mauvaise hygiène alimentaire. Quand la cause première persiste assez longtemps et que la dilatation du cœur droit est extrême, on voit survenir quelquefois une insuffisance tricuspidienne, et le malade, devenu un cardiaque, peut succomber aux accidents asystoliques.

7° Le régime lacté exclusif est le seul remède efficace; il agit merveilleusement dans les dyspepsies gastriques; son action est médiocre et inconstante quand le foie est la cause des troubles digestifs.

La théorie de Balfour sur la dilatation du cœur considérée comme cause des souffles inorganiques, par Lannois. — 1° La chlorose et un certain nombre d'affections fébriles dans lesquelles il y a augmentation de la partie aqueuse du sang et diminution de l'hémoglobine, s'accompagnent d'une dilatation du cœur.

2° Cette dilatation, que l'expérimentation et l'observation clinique s'accordent à recon-

naître, est due à l'affaiblissement général de la tonicité musculaire, qui atteint le cœur au même titre que tous les autres muscles.

3° Cette dilatation, s'accompagnant forcément d'insuffisances valvulaires, explique les divergences des auteurs sur le siège primitif des souffles cardiaques de la chlorose.

4° Après l'accentuation du second bruit pulmonaire, le premier phénomène cardiaque auquel donne lieu la chlorose est l'apparition d'un souffle systolique dans le deuxième espace intercostal, à 3 ou 4 centimètres à gauche du bord du sternum et en dehors de l'artère pulmonaire.

5° Ce souffle est un souffle d'insuffisance mitrale, transmis à l'oreillette par le sang qui reflue à son intérieur et se brise contre ses parois, et à la paroi thoracique par l'auricule gauche dilatée, seule partie du cœur gauche qui se trouve encore en contact avec le thorax.

6° Au niveau du point où ce souffle systolique présente son maximum d'intensité, on perçoit fréquemment une pulsation qui n'est due ni à l'artère pulmonaire, ni à la contraction de l'oreillette, mais bien au reflux du sang par l'orifice auriculo-ventriculaire gauche dilaté, ainsi que le prouvent les tracés recueillis par M. G. Gibson.

7° Cette explication n'est que l'extension au souffle primitif de la chlorose des idées émises par Naunyn sur les souffles systoliques qu'on trouve parfois dans le deuxième espace intercostal gauche, dans les cas d'insuffisance avec rétrécissement mitral.

8° Cette théorie, entre autres avantages, à celui de permettre d'appliquer la notion de curabilité à un grand nombre de dilatations cardiaques.

De quelques troubles dépendant du système nerveux central observés chez les malades atteints de goître exophthalmique, par Gilbert Ballet. — 1° Aux symptômes classiques du goître exophthalmique (tachycardie, exophthalmie, goître, tremblement) viennent assez souvent s'en ajouter d'autres, qui relèvent comme les premiers d'une perturbation du système nerveux.

2° Ces symptômes sont, les uns d'ordre *convulsif* (accès épileptiques ou épileptiformes), les autres d'ordre *paralytique* (à forme hémiplégique ou paraplégique) ; enfin dans quelques cas, vraisemblablement assez fréquents, on observe en outre de l'*albuminurie*, de la *glycosurie* où de la *polyurie* simple.

3° Ces accidents, convulsifs ou paralytiques, paraissent relever le plus souvent, non directement de la maladie de Basedow, mais d'une autre névrose coïncidant avec cette dernière (épilepsie, hystérie).

4° Toutefois certains phénomènes convulsifs (accès épileptiformes) semblent reliés étroitement au goître exophthalmique lui-même. Et les conditions cliniques spéciales dans lesquelles ils se manifestent, nous autorisent à les rattacher à un trouble de la circulation cérébro-bulbaire, occasionné lui-même par la perturbation du jeu du cœur.

5° D'autre part, parmi les phénomènes d'ordre paralytique, il en est de légers, comme l'inhabileté des mains, l'impotence, souvent transitoire, d'un seul ou des deux membres supérieurs, la faiblesse des membres pelviens, qu'il est rationnel de considérer comme directement dépendants de la maladie de Graves, soit qu'ils se rattachent au tremblement des extrémités, bien décrit dans ces derniers temps (Marie), soit qu'ils résultent de modifications passagères survenues dans la circulation cérébrale.

6° La polyurie, l'albuminurie et la glycosurie, probablement beaucoup plus fréquentes qu'on ne serait tenté de le croire d'après les observations recueillies jusqu'à ce jour, indiquent un trouble de l'innervation bulbo-protubérantielle.

7° La maladie de Graves ne semble être autre chose que l'une des modalités symptomatiques nombreuses par lesquelles se traduit la *diathèse nerveuse*, modalité symptomatique qui antôt se présente à l'état isolé, tantôt se combine à d'autres manifestations (épilepsie, hystérie, chorée, etc.).

8° Il y a lieu de se demander cependant, en s'en référant à quelques cas cliniques (cas de éréol) ou expérimentaux (Filehne), si certaines lésions bulbo-protubérantielles ne sont pas de nature à déterminer le complexus symptomatique de Basedow. Il en serait, dans ce dernier cas, du complexus *goître exophthalmique* comme du complexus *hémianesthésie* par xemple, qui, pour être le plus souvent l'une des manifestations banales de l'hystérie, traduit ependant dans quelque cas une altération matérielle, localisée, on le sait, au niveau du tiers postérieur de la capsule interne.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature

De MM. Péan et Terrier pour la section de pathologie externe ;

De MM. Vidal, Desnos et Ferrand pour la section de thérapeutique ;

De M. de Ranse pour la section des associés libres;

De M. Cazeneuve (de Lyon) pour la place de membre correspondant national.

2° Une lettre de remercîments de M. Cazeneuve (de Lille) récemment nommé membre correspondant.

—

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Grellety, un exemplaire de la troisième édition de son ouvrage sur *Vichy-Cusset et leurs eaux minérales.*

M. Alfred Fournier présente, au nom M. le docteur Siredey, le premier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Traité des maladies puerpérales.*

—

M. Laboulbène fait une communication *sur un parasite de la peau observé en France à l'état vivant pour la première fois.*

M. Hardy ayant envoyé à M. Laboulbène une larve vivante qui avait été extraite par incision d'une tumeur de la face sur une femme arrivant du Brésil, M. Laboulbène a pu reconnaître à première vue la larve de la *Cuterebra noxialis*, de Gondot, faisant actuellement partie du genre *Dermatolia*, de Brauer.

Ce parasite vit dans les forêts du Nouveau-Monde, sur les grands animaux, les bœufs, et exceptionnellement sur l'homme.

On essaya, mais en vain, de lui faire opérer ses transformations successives en pupe, puis en insecte ailé. Déposée sur la terre, elle s'y raccourcit, puis noircit et mourut.

M. Laboulbène termine en émettant l'espoir de voir un jour les parasites américains arriver dans nos contrées de manière que l'on puisse les observer, les décrire et, finalement, les détruire.

—

M. le Président dit qu'une commission a été tirée au sort pour l'examen des titres des candidats pour la place vacante dans la section des associés libres. Cette commission se compose de MM. Mesnet, Pasteur, Empis, Ricord, Sappey, Blot et Regnauld.

Sur la proposition de M. Luys, une commission est nommée pour faire un rapport sur les modifications à apporter à la loi sur les aliénés, dont la discussion va s'ouvrir devant le Sénat. Cette commission se compose de MM. Luys, Blanche, Brouardel, Baillarger, Mesnet.

—

M. Semmola, professeur à l'Université de Naples, lit un travail ayant pour titre : *Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries, principalement sur la maladie de Bright.*

Le but de ces recherches a été la continuation de celles que le professeur Semmola avait communiquées au Congrès de Londres, et dans lesquelles il avait surtout démontré, par le degré de diffusibilité des albuminoïdes du sang, que l'albumine du sérum chez les brightiques, se diffuse en quantités considérables, tandis que dans les autres albuminuries cela n'arrive pas.

Ensuite l'albumine, chez les brightiques, est éliminée dans l'organisme par toutes les voies de dépuration, et surtout par la bile, qui ne contient jamais d'albumine dans l'état normal.

Ces nouvelles recherches sont dirigées par l'idée de démontrer que la fonction éliminatrice de l'albumine à travers les reins est capable de produire une série de troubles histologiques dans les reins, qui commence par l'extravasation des globules du sang et passe graduellement par la tuméfaction trouble des épithéliums, la migration des cellules lymphoïdes, la dégénérescence graisseuse et la nécrose des épithéliums, jusqu'à produire l'irritation du tissu conjonctif, qu'on n'a pas encore pu suivre dans ses phases successives, et qui démontre, dans tout cela, une évolution analogue à la néphrite parenchymateuse et interstitielle qui constitue la vraie maladie de Bright.

Ces lésions sont proportionnelles à l'hétérogénie de l'albumine employée pour les injections

hypodermiques, c'est-à-dire que l'albumine du blanc d'œuf reproduit le maximum et le sérum du sang le minimum des lésions produites dans les reins par ces injections.

La communication de M. le professeur Semmola, improvisée en français avec un talent oratoire des plus remarquables, est accueillie par de nombreux applaudissements.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les conclusions de la commission de la fièvre typhoïde.

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. Blot demande la parole pour repousser le reproche d'*illogisme* qui lui a été adressé par M. Rochard. Comme M. Fauvel, il a cru devoir combattre les conclusions de la commission; mais s'il s'est placé à un point de vue différent et s'il a combattu ces conclusions par des arguments tout différents de ceux de M. Fauvel, il n'a rien fait, en somme, d'illogique.

M. Fauvel tient à écarter toutes les questions personnelles. Il n'a nullement contesté le droit de l'Académie à prendre l'initiative de vœux à soumettre au gouvernement en matière d'hygiène publique, comme a paru le supposer M. Bergeron. C'est donc à tort qu'on lui attribue l'opinion en vertu de laquelle l'Académie ne pourrait prendre l'initiative de vœux concernant les questions de sa compétence. Seulement ces questions sont d'un ordre très différent de celles tranchées par la commissisn. Autant que qui que ce soit, il est partisan de l'intervention de l'Académie dans les questions d'hygiène, mais il veut que l'Académie ne formule que des vœux qui sont de sa compétence, et, dans le cas actuel, il n'en est pas ainsi.

La commission a voulu frapper fort et elle estime que ses conclusions répondent à ce sentiment. M. Fauvel n'est pas de cet avis; il pense que pour frapper fort avec efficacité il faut frapper juste. Dans la formule qu'il a proposée et que la commission trouve trop anodine, il s'est attaché surtout à frapper juste.

Dans l'œuvre de la commission, il a particulièrement critiqué la forme dans laquelle les conclusions sont présentées au gouvernement, forme qui fait supposer que l'Académie est restée complètement étrangère aux questions d'assainissement qui sont depuis un certain temps l'objet d'études sérieuses.

Maintenant que l'Académie est suffisamment éclairée, elle peut se laisser entraîner par l'éloquence de M. Rochard, ou bien s'en tenir à des conclusions moins ambitieuses mais plus pratiques et en réalité plus justes et mieux appropriées au rôle de l'Académie. En tout cas, M. Fauvel considère son intervention comme terminée, et il ne désire pas prolonger le débat.

M. Marjolin déclare qu'il faut se rallier sans hésiter aux conclusions de la commission, conclusion d'une opportunité incontestable et irréprochables dans leur forme. Les adopter est une nécessité. Tout délai serait une faute, d'autant plus que les améliorations réclamées sont de celles qui sont toujours longues à obtenir. Les médecins dont les souvenirs remontent à l'année 1832 peuvent se rappeler que dès lors on signalait dans l'hygiène des services hospitaliers l'urgence de réformes indispensables qui cependant n'ont été effectuées que tout récemment, après quarante ans.

Il en a été à peu près de même en ce qui touche l'hygiène des maternités. S'il faut encore quarante ans pour obtenir qu'on écarte les causes auxquelles nous devons la gravité des épidémies de fièvre typhoïde, on ne saurait commencer trop tôt à agiter cette question. D'ailleurs, en ce moment même, une de nos assemblées délibérantes s'occupe des logements insalubres; c'est le cas, pour l'Académie, de prendre elle-même la parole. Il faut se rendre à l'évidence et profiter des leçons d'une rude expérience. On n'a pas le droit de se laisser endormir par l'annonce de progrès qui sont toujours promis et ne se réalisent jamais. On ne fait rien, il faut bien le savoir. Ce n'est pas l'Administration que M. Marjolin attaque, c'est la mollesse et la torpeur universelles. Que ceux qui doutent de la nécessité immédiate de l'application de la loi, fassent comme MM. Th. Roussel, Schœlcher, Henri Gueneau de Mussy, Picot et Saint-Marc Girardin, qu'ils aillent avec M. Marjolin visiter eux-mêmes les taudis où la population s'entasse, ils verront que ces conditions d'existence, ces causes de maladies traitées de banales forment dans leur ensemble des agents terribles de destruction de la santé et de démoralisation.

M. Marjolin cite un logement de deux pièces, rendu infect par des infiltrations d'urine provenant de lieux d'aisance, et où se trouvaient le père, la mère et cinq enfants, dont le plus jeune revenait de l'hôpital, convalescent d'une fièvre typhoïde. L'un des frères contracta la fièvre typhoïde et en mourut. Aucune précaution ne fut prise, aucun lavage ne fut fait et la contagion s'étendit. Ce n'est pas le nombre des naissances, mais le nombre des individus utiles qu'il faut avoir en vue. Or, il y a là des foyers de pourriture qui attaquent le

physique et le moral. Il faut que les membres de l'Académie, qui ne sont pas seulement des médecins, mais encore des pères de famille, prennent une initiative énergique et se rattachent aux conclusions de la Commission.

M. Lagneau pense, contrairement à M. Fauvel, que l'Académie doit indiquer les mesures qu'elle croit utiles à la salubrité de Paris. Seule, son autorité, reconnue de tous, peut faire obtenir les subsides nécessaires à l'accomplissement des travaux jugés utiles; seule, au nom de la santé publique, elle peut obtenir le concours simultané d'administrations distinctes.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret.

FORMULAIRE

Traitement de la diarrhée et de la dysenterie scorbutiques. J. Mahé.

Aux scorbutiques atteints de diarrhée, on prescrit les astringents amers, tels que le colombo, la cascarille, ou bien le perchlorure de fer et le sous-nitrate de bismuth. — La dysenterie scorbutique réclame les préparations de cannelle, de musc, les amers en solution dans l'alcool. On y ajoute l'opium, spécialement le laudanum à doses modérées, et de faibles doses d'ipéca dissous dans de l'alcool ou du vin. — Après la guérison, on doit s'efforcer d'éviter les rechutes, en mettant en œuvre tous les moyens enseignés par l'hygiène. — N. G.

Erratum. — Il s'est glissé une erreur dans la formule de l'*Union médicale* du 3 juin : au lieu de : chlorhydro-phosphate de chaux, 10 *gouttes*, il faut lire : chlorhydro-phosphate de chaux, 15 *grammes*.

COURRIER

Concours de l'agrégation en chirurgie et accouchements. — Les épreuves de ce concours sont terminées. Les candidats déposeront leurs thèses le 13 juin, et les soutiendront à partir du 14.

— La première épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminée mardi. Ont été admis à subir la seconde épreuve — épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie — les vingt candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique :

MM. Barié, Brault, Brissaud, Chauffard, Chouppe, Comby, de Beurmann, Decaisne, Dreyfous, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Jean, Josias, Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Martin, Renault et Variot. Ce dernier s'est retiré du concours.

Sur les quarante-huit candidats inscrits, trois ne s'étaient pas présentés à la première épreuve.

Faculté de médecine de Paris. — Une décision de la commission scolaire, en date du 28 mai 1883, informe les candidats ajournés à leurs examens avant le 15 juin 1883, que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement de juillet;

2° Les épreuves orales seront renouvelées du 15 juin au 1er juillet, pour ceux qui ont échoué après le 15 mai;

3° Les candidats ajournés avant le 15 juin, consigneront au plus tard les 11 et 12 juin; ceux qui ont été ajournés après le 15 mai, consigneront au plus tard les 18 et 19 juin 1883. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date de leur échec.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 9 juin 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : M. Charpentier : Présentation d'une malade atteinte de pachydermie symétrique des membres supérieurs. — M. Abadie : Considérations cliniques et thérapeutiques sur la syphilis héréditaire. — M. Ladreit de Lacharrière : Note sur un traitement spécial de la teigne. — Vote sur la candidature de M. Blondeau au titre de membre honoraire. — Communications diverses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

HÉMICHORÉE PRÆ-PARALYTIQUE ou *Paralysis agitans*.

Hôtel-Dieu. — (Service de la clinique de M. Germain Sée.)

Hémichorées ou *paralysis agitans* comme premier signe d'une lésion cérébrale. — Chorées et hémichorées cérébrales, névrosiques et rhumatismales. — Tremblement et agitation hémichoréique: — Les hémichorées cérébrales, præ ou post paralytiques. — *Paralysis agitans* ou hémichorées symptomatiques d'une encéphalopathie. — Hémichorées à début lent ou apoplectiforme.

En 1850, dans un mémoire devenu classique, après avoir reçu les lauriers académiques, M. Germain Sée analysait un grand nombre de faits qui lui étaient personnels ou que ses prédécesseurs avaient publiés, et déterminait cliniquement l'existence de trois variétés de chorées : les unes étaient de toutes les plus rares et coïncidaient avec des lésions des centres nerveux. D'autres paraissaient indépendantes de toute altération organique et de toute cause diathésique. D'autres enfin, plus fréquentes, avaient le rhumatisme pour origine (1).

Pour être âgée de plus de trente ans, cette classification n'a pas cessé d'être vraie et de s'appliquer aussi bien aux hémichorées qu'aux chorées. Bien loin de lui porter atteinte, la détermination topographique exacte de certaines lésions cérébrales, dont l'hémichorée peut être le symptôme accusateur, a rendu encore plus manifeste l'utilité, la nécessité et la réalité de ce groupement des faits cliniques. A côté de la chorée et de l'hémichorée-névrose, à côté des chorées rhumatismales, voici un exemple remarquable d'une hémichorée à forme de *paralysis agitans* comme premier signe d'une lésion cérébrale.

(1) G. Sée. *Mémoires de l'Acad. de méd.*, 1850, p. 388.

FEUILLETON

CAUSERIES

SOMMAIRE. — Les morts-vivants. — L'obstétrique des Galibis. — Le bureau d'information de l'Association générale des médecins de France.

Je viens d'éprouver une des plus grandes surprises de mon existence. J'avais lu, il y a quelques mois, dans le *Journal de médecine de Bruxelles*, que « M. le professeur Ricord, le célèbre et spirituel syphiliographe », était mort. Absent de Paris depuis plusieurs semaines, je n'étais pas au courant de ce qui s'était passé dans notre monde médical, et d'autres occupations firent que je n'eus pas l'occasion de vérifier si le fait était exact. Or, mardi dernier, qui rencontrai-je dans la salle des Pas-Perdus de l'Académie ? Ricord lui-même, toujours souriant, de ce demi-sourire spirituel et narquois que vous connaissez bien, toujours ingambe, et n'ayant nullement l'air de quelqu'un qui revient de l'autre monde.

Ma stupéfaction fut si profonde et si visible qu'un de mes amis crut devoir m'en demander la raison. « Mais, Ricord !... Ricord !... puis-je seulement balbutier. — Quoi, Ricord ? — Mais, il est mort ! — Comment, mort ? — Mais oui, il y a trois mois, et je viens de voir un monsieur qui lui ressemblait tellement que j'ai cru que c'était lui. » Il faisait très chaud mardi dernier, surtout à l'Académie, et mon ami me regardait d'un air inquiet, trouvant évidemment dans mes paroles les signes précurseurs d'une congestion cérébrale. « Voyons, me dit-il, Ricord n'est pas mort ; le monsieur qui lui ressemble tant est bien lui-

La malade du lit n° 21 de la salle Sainte-Jeanne représente, à coup sûr, un type de la variété cérébrale. Cette femme de soixante-seize ans est hémichoréique depuis le 6 février 1880. Étant accroupie à terre pour cueillir de l'herbe, elle ressentit subitement, à cette époque, des fourmillements dans le gros orteil du pied gauche. Ne pouvant se relever, elle fut transportée dans son lit, et s'aperçut que l'orteil était agité de mouvements qui rapidement envahirent les muscles du pied.

Ces mouvements qui n'étaient pas modifiés dans leur fréquence ou dans leur amplitude par les efforts de la volonté, s'arrêtaient pendant le sommeil et s'accompagnaient fréquemment de crampes violentes, de flexion automatique de la jambe sur la cuisse, attaques de contractures qui, pendant le premier semestre de la maladie, persistaient durant vingt ou trente minutes. La puissance musculaire conservait son intégrité. La gêne de la marche ne dépendait donc pas d'un affaiblissement de la motilité du membre inférieur. Le sommeil était normal; elle n'éprouvait pas d'hallucinations hypnagogiques, et conservait toute sa lucidité intellectuelle. La sensibilité thermique des régions malades était modifiée : elles n'étaient plus impressionnables au froid.

Six mois plus tard, la malade constate, un matin, à son réveil, que la jambe, la main, le bras et l'épaule du côté gauche, sont agités des mêmes mouvements irrésistibles qui d'abord avaient été localisés aux muscles du pied correspondant. Perturbations d'abord partielles de la motilité, depuis étendues aux membres d'une moitié du corps, anesthésie thermique correspondante, tels étaient donc les symptômes de cette première phase de la maladie. Ils restèrent stationnaires jusqu'en 1882.

Le membre supérieur droit est alors atteint d'une hémiplégie transitoire qui disparaît bientôt, laissant seulement après elle un affaiblissement de la puissance des muscles paralysés. Telle est la seconde période de cette affection.

Quels en sont donc les symptômes contemporains? Pendant le décubitus dorsal, on observe des mouvements incessants du membre inférieur gauche et du membre supérieur correspondant, mouvements variés de flexion, d'extension et de latéralité de leurs divers segments. L'amplitude en est plus grande aux doigts, à la main et au bras : ils sont arhythmiques ; les efforts volontaires les exagèrent, tellement que la malade ne peut porter les aliments à la bouche. Enfin, des secousses violentes agitent de temps en temps ces mêmes membres.

---

même. — Mais quel Ricord? insistai-je. —Ricord, le seul Ricord, le grand prêtre de la syphilis, celui qui nous l'a apprise à tous, celui qui a sauvé tant de glands que le roi de Hollande a cru faire acte de simple justice en lui envoyant l'*Ordre du Chêne!* »

A mon tour je regardai mon ami d'un air inquiet, tellement il avait mis d'ardeur à vouloir me convaincre de l'existence réelle d'un personnage que dans mon for intérieur je croyais bien et dûment enterré depuis plusieurs mois. Je l'entraînai sur le boulevard, au grand air, et l'emmenai doucement vers la Faculté, en ayant soin de le faire passer sous l'ombre des jeunes arbres pour rendre à son cerveau un peu de fraîcheur, attention que d'ailleurs il s'efforçait de me rendre de son mieux. A la bibliothèque de ladite Faculté, je demandai le numéro de mars du *Journal de médecine de Bruxelles*, et en haut de la seconde colonne de la dernière page, je lui fit lire, parmi les morts annoncées par M. le docteur Van den Corput, rédacteur en chef, le nom de notre vénéré confrère.

Le journal s'était trompé, mais il n'était pas le seul. Un des jeunes bibliothécaires présents nous apprit, en effet, qu'il avait lu dans plusieurs journaux allemands la nouvelle de la mort de M. Ricord, et qu'à l'heure actuelle, il le croyait disparu de la surface de notre globe depuis le commencement de l'année. Nous rectifiâmes, mon ami et moi, ses idées à ce sujet. Nous sommes heureux d'ajouter, pour l'édification du rédacteur en chef du *Journal de médecine de Bruxelles* et des *Blatter Wochenschrift* ou *Zeitung* quelconques qui ont mis le nom de M. Ricord dans leur article nécrologique, qu'il a dîné en aimable compagnie jeudi dernier, et qu'au dessert il a chanté sa chanson avec autant de succès que le plus jeune de ses convives. Si Simplice vivait encore, il profiterait de l'occasion pour souhaiter à son vieil ami une longue série de jours aussi heureux ; qu'il soit permis à Simplissime, si indigne pour le reste, de le remplacer dans cette circonstance.

Dans la station debout on observe aussi ces troubles fonctionnels; si leur amplitude à la jambe est moindre que dans les autres attitudes, ils n'en sont pas moins une cause de gêne de la marche; la progression se fait en traînant le pied.

Les muscles des membres gauches ne sont pas seuls atteints, et ces convulsions unilatérales ont aussi pour siège quelques muscles du cou et du tronc. De là, par moments, une sorte d'oscillation de la tête, son inclinaison sur le côté gauche et sa rotation en dehors; de là encore la difficulté pour la malade de parler longuement; chaque mot est nettement articulé; mais les phrases sont entrecoupées. C'est qu'en effet l'expiration est courte, et que certains muscles expirateurs participent vraisemblablement à ces désordres de la motilité.

Tout différents sont les troubles fonctionnels du membre supérieur droit. Ici l'affaiblissement musculaire est manifeste, et l'impotance musculaire est telle que la préhension d'objets même légers est impossible. L'intervention d'un aide est donc nécessaire pour donner les aliments à cette femme, dont le bras droit a perdu la faculté de se mouvoir, et dont le bras gauche, agité de convulsions que l'action de la volonté augmente, bien loin de les suspendre, est privé de la force statique, force de situation fixe de Barthez.

La monoplégie droite ne s'accompagne pas de contracture; les lésions de nutrition sont absentes, et les membres conservent tout leur embonpoint. L'innervation sensitive, tactile ou thermique, est actuellement hors de cause; l'exploration viscérale, l'examen du cœur font constater l'intégrité des grandes fonctions. Enfin, l'excellence de l'état général contraste avec la persistance et l'étendue de ces altérations du système musculaire.

En résumé, l'évolution de ces accidents a été la suivante : Au début et à gauche, convulsions arhythmiques, unilatérales, abolition de l'action volontaire sur les muscles malades, perte de toute synergie dans les mouvements associés, altérations de la sensibilité thermique; mais absence d'hallucinations et de troubles intellectuels; plus tard, et à droite, s'ajoutant au syndrome précédent, une monoplégie brachiale persistante; tous phénomènes morbides dont l'instauration, chez une femme âgée, indique une lésion cérébrale.

Ne sont-ce pas là les symptômes et la marche d'une hémichorée præparalytique? C'est à la discussion diagnostique de justifier cette interprétation.

Et d'abord, reconnaissons avec MM. Weirt Mitchell, Charcot, Henri Huchard,

---

***

Pareille aventure m'est arrivée il y a quelques années, me dit alors mon ami. On m'avait annoncé la mort d'un de nos confrères; une circonstance quelconque m'empêcha d'assister à son enterrement, et huit jours après, il vint me chercher en toute hâte pendant la nuit avec mon forceps pour l'aider à terminer un accouchement difficile. Comme j'ai pris l'habitude d'aller ouvrir moi-même ma porte quand on sonne la nuit, nous nous trouvâmes bientôt tous deux sur le palier, à peine éclairés par la veilleuse de l'antichambre. Je n'oublierai jamais cette scène. Encore à moitié endormi, je crus d'abord positivement à un revenant, et je fus sur le point de lui fermer la porte au nez. Lui, surpris de mon accueil, me crut fâché contre lui pour une raison qu'il ignorait et voulait s'en aller. Il fallut de longues explications de part et d'autre pour ramener le calme dans nos esprits. La cause de tout cela était la mort d'un de ses frères de province, arrivée chez lui, et comme on avait dû pratiquer chez mon confrère toutes les cérémonies accoutumées, beaucoup de personnes avaient cru qu'elles lui étaient destinées.

***

Il paraît que ces choses-là arrivent assez souvent, car voici une histoire toute récente qui se raconte à huis-clos, mais dont le bruit est néanmoins venu jusqu'à nous. Une brave femme étant morte dans un des grands hospices de notre capitale, les bureaux préviennent, comme d'habitude, la famille de ce décès. La famille assista à l'enterrement, et chacun rentra chez soi, après avoir bu le verre de *vin de consolation* traditionnel, chez le premier ou le second marchand de vin à droite ou à gauche en sortant du cimetière.

Raymond et d'autres neuropathologistes (1), que ces troubles de la motilité possèdent bien les caractères de l'agitation musculaire des chorées vraies ou de la *paralysis agitans*.

A ce point de vue, il est inutile assurément d'insister sur les signes classiques qui les distinguent de la *chorée hystérique*. A défaut d'autres preuves, il suffirait de remarquer que les gesticulations de la malade ne possèdent aucune analogie même lointaine avec les spasmes cloniques ou toniques des mouvements choréiformes des hystériques.

C'est avec plus de vraisemblance peut-être qu'on les confondrait avec les tremblements dont on connaît la fréquence et les multiples variétés; tremblements de la sénilité, incoordination des ataxiques, trémulation des hémiplégiques ou des scléreux, toutes perturbations de la motilité, dont le diagnostic n'est pas toujours exempt de difficultés chez les gens âgés et en présence d'affections anciennes à marche chronique.

Confondra-t-on, comme on le ferait trop souvent d'après Wharton Sinclair (2), l'agitation musculaire de cette femme avec le *tremblement sénile?* Son âge avancé en aurait fait peut-être naître l'idée au temps où le tremblement de la sénilité passait, à tort, pour l'apanage de la vieillesse, et la chorée comme une maladie de la jeunesse. Pour rares qu'ils soient, les cas de chorées séniles ne sont pas exceptionnels; la statistique en témoigne; et réciproquement, circonstance qui a bien son importance diagnostique, le tremblement sénile ne s'observe pas seulement chez les vieillards. Que dans la chorée sénile les gestes ne possèdent pas l'ampleur et la variété des chorées de l'adolescence; que les mouvements soient lents et aient une modalité plus régulière, peu importe; car ce qui différencie le tremble-

(1) Charcot, *Leçons sur les mal. du système nerveux*, 1872, t. I, p. 278, et 1873, t. II, p. 329. Du même, in *Progrès méd.*, 1875, p. 4 et 6. *Union méd.*, 13 avril 1875, p. 545, et in *Progrès méd.*, 1878, n° 10. — Weirt Mitchell. Post-paralytic chorea, *The American journ. of the med. sc.*, octobre 1874, p. 342. — Raymond. Thèse inaugurale, Paris, 1876. — Boucaud, *Lyon méd.*, 1877. — Debove. *Union méd.*, 20 novembre 1879, p. 819. — Grasset. *Maladies du syst. nerv.*, p. 217, 1880. — Merklen. *France méd.*, n° 42, 1882. — Rokwel. *The Boston med. journal*, 6 juillet 1882, p. 12. — Greidenberg. *St-Petersburg medi Woch.*, 1882, n°s 23 et 25.

(2) Wharthon Sinclair. *Journal of nervous and ment. dis.*, 1881, juillet, p. 577, et *Union méd.*, 9 avril 1882, p. 546.

Le dimanche suivant, jour de sortie habituelle de la parente pensionnaire de l'hospice, la famille réunie chez l'un de ses membres voit arriver, qui? La morte elle-même, bien vivante. Emoi, surprise des hommes, frayeur des femmes et des enfants, qui poussent des cris et vont se cacher derrière les hommes peu rassurés eux-mêmes. Une des femmes se trouva mal, une autre cria au secours, une troisième se précipita sur un bénitier pour asperger le revenant, non moins ébahi d'ailleurs que l'assemblée qui le recevait si mal. Tout finit par s'expliquer, et on s'embrassa plus fort que de coutume; heureusement qu'il n'y avait pas d'héritiers déçus.

Mais la mésaventure ne se termina pas là. Un Normand de la famille dit qu'il fallait intenter un procès en dommages-intérêts contre l'administration de l'hospice, et ajouta qu'il se chargeait de l'affaire. Les autres, se voyant un chef de file déterminé, et flairant une bonne aubaine, firent chorus. On dépêcha donc le Normand auprès du directeur, lui recommandant de crier très fort, ce qu'il fit consciencieusement. Le directeur de l'hospice en référa au directeur de l'assistance publique, et comme en somme l'administration était dans son tort, dans la personne de celui de ses employés qui avait dressé l'acte mortuaire d'une pensionnaire pour celui d'une autre, elle consentit à capituler. La réclamation des parents de la fausse défunte fut alors des plus bizarres. Ils présentèrent la note des frais nécessités à la famille par l'enterrement prématuré.

On estima en valeur ayant cours, bonne monnaie sonnante et trébuchante, l'émotion causée par la nouvelle de la mort de la parente, le temps perdu à la conduire à sa dernière demeure, les omnibus pris pour aller et retour, le pain, le vin et le fromage consommés en sortant du cimetière, la bouteille de réjouissance bue à la santé de la fausse défunte lors de sa réapparition; mais comme il faut être honnête, la famille, considérant que sa parente ne survivrait

ment de la sénilité, c'est le rhythme des contractions, leur régularité, leur disparition par le repos, et leur retour pendant les mouvements volontaires des extrémités ou sous des influences émotives.

L'agitation musculaire de la *maladie de Parckinson*(1)? C'est encore là souvent une affection du décours de la vie. Elle peut bien sans doute se localiser à certaines régions, mais alors aussi ses caractères ne sont pas ceux de l'hémichorée. Elle conserve toujours les apparences de la paralysie; les tremblements sont réguliers, les grands mouvements convulsifs absents. Si la motilité volontaire est diminuée, la force et la rigidité musculaire restent intactes ou sont augmentées. Dans l'espèce cependant l'hésitation serait légitime.

L'instabilité musculaire des hémichoréiques ne diffère pas moins de *l'incoordination des ataxiques*. A la différence de la première, celle-ci est périodique et disparaît durant l'état de repos musculaire. Le regard et l'attention du malade suffisent pour en atténuer l'étendue. Il est loin d'en être toujours ainsi; et notre malade montre une fois de plus que l'instabilité choréique est une ataxie du repos; l'incoordination tabétique étant l'ataxie du mouvement (2), l'agitation musculaire de la maladie de Parkinson une sorte d'ataxie du repos et du mouvement. De là parfois une difficulté du diagnostic différentiel des troubles choréiques et de la *paralysis agitans* dénonciateurs de lésions cérébrales, dont ils peuvent être les premiers signes.

Les troubles musculaires autorisaient-ils à soupçonner pour un instant les lésions d'*une sclérose multiloculaire?* Non, assurément; les oscillations de la sclérose en plaques sont arhtythmiques, et, malgré leur persistance dans les actes de la motilité volontaire, la direction générale des mouvements est toujours conservée.

Or, ces phénomènes ne sont pas ceux qu'on observe dans le cas actuel. Resterait enfin la *trémulation des hémiplégiques*, dont les brèves oscillations se montrent à une époque tardive, sont apparentes seulement pendant les mouvements, et indiquent la dégénérescence scléreuse des faisceaux latéraux. Il est inutile d'insister; il n'en est pas ainsi chez notre malade.

Le diagnostic différentiel ne montre pas seulement la nature choréique ou *agi-*

(1) G. Sée. *Loc. cit.* — Henri Huchard. *Traité des névroses*, 1883, p. 424.
(2) Jacoud. *Clinique de l'hôpital Lariboisièr e*, 1873, p. 136.

---

peut-être pas longtemps, vu son mauvais état de santé, refusa de reprendre le drap qui avait été donné pour l'ensevelir! Où la délicatesse va-t-elle se nicher!



M. le docteur Boussenard a écrit à la *Revue scientifique* pour lui communiquer des détails bien curieux sur la parturition des femmes Galibis, qu'il a observées chez les Indiens qui habitent, dans les Guyanes française et hollandaise, les rives du Maroni.

« Quand la femme ressent les premières douleurs, elle quitte sa hutte, se traîne vers la crique la plus rapprochée, s'accroupit sur le sol et attend sans pousser une plainte l'instant de la délivrance.

Les douleurs paraissent être fort vives, mais leur durée dépasse rarement deux heures. Aussitôt que l'enfant a poussé son premier vagissement, la mère, qui dans ce douloureux moment n'a eu personne pour l'assister, se plonge dans les eaux glacées de la crique, se baigne largement, baigne son nouveau-né et reprend le chemin de sa primitive demeure.

Cependant les commères se pressent tumultueusement autour de la maison de laquelle s'échappent d'effroyables vociférations. Le médecin indigène frappe à tour de bras sur un tambour pour chasser le malin esprit. Nul ne semble faire attention à l'accouchée qui, à peine rentrée dans son humble réduit, couche l'enfant dans son hamac de coton et se met en devoir de prodiguer des soins à un personnage qui hurle et se démène dans un autre hamac.

Ce personnage n'est autre que le mari!... Elle lui prépare un breuvage réconfortant appelé *matété*, remplaçant probablement « la rôtie au vin de l'accouchée » que prescrivent nos Lucines campagnardes. Le Peau-Rouge absorbe sa drogue, pousse de nouveaux gémissements,

tans de la maladie : il permet d'en déterminer cliniquement la pathogénie. Ici l'hémichorée névrosique est hors de cause. Quant à l'hémichorée, accusatrice de lésions cérébrales, on peut en justifier l'existence. L'hémichorée est située à gauche ; dans toutes les chorées n'a-t-on pas observé l'existence d'une sorte de prédilection pour cette moitié du corps (1). Le début des accidents a été lent. L'agitation initiale du gros orteil gauche était comparable au début de cette forme de chorée qu'on a décrit sous le nom d'athétose (2).

Les altérations de la sensibilité ont été fugaces et limitées à la sensibilité thermique. Ne peut-on les comparer aux hémianesthésies le plus souvent si nettes de l'hémichorée cérébrale et soupçonner un foyer d'hémorrhagie ou d'encéphalomalacie dans la région lenticulo-optique?

Ici, enfin, l'hémichorée est située à gauche, et la monoplégie localisée à droite. Les troubles bilatéraux sont donc sans analogie avec cette hémichorée alternante signalée par Haven, dans laquelle l'hémichorée était tantôt à gauche et tantôt à droite. Les troubles choréiques siégeaient-ils à droite, la fonction du langage était lésée. Le côté gauche était-il pris, les troubles de la parole disparaissaient en même temps que les altérations musculaires du côté droit.

Enfin, les bruits et les fonctions du cœur sont intacts, et, conséquemment, on n'est pas autorisé à attribuer à ces accidents une origine embolique. Ne doit-on pas y voir plutôt la manifestation symptomatique d'un foyer de ramollissement cérébral?

En demeurant sur le terrain des faits cliniques, quelle est la conclusion de cette discussion? Sinon qu'à côté de chorées et hémichorées cérébrales et peut-être médullaires (3), symptomatiques de lésions anatomiques, hémorrhagies. ramollissement, tumeur, atrophie; il existe des hémichorées dont les allures ne sont pas sans ana-

(1) Boulten. Left hemi-chorea. *St. Barth. hosp. Report*, 1875. London. — Haven. Etude sur 200 cas de chorée. *Boston med. and surg. journal*, 29 septembre 1881, et *Union méd.*, 28 mai 1882, p. 894. — Strange. Cent cas de chorée, *Brit. med. journal*, 1881. — Riaton. A case of post-hemiplegic hemichorea, variety athetosis. *Brit. med. journal*, p. 696, 13 mai 1882. — Demange. *Revue de méd.*, 1883.

(2) Trousseau. *Clinique médicale*, t. II, p. 230. — Putzel. *Journal of nervous and ment. dis.*, avril 1882, p. 296.

(3) Pierret. Anatomie pathologique de la chorée. *Lyon médical*, 27 mai 1883, p. 120. — Gowers. *Med.-chir. trans.*, 1876, 271.

et s'endort au milieu d'une fumée épaisse produite par la combustion d'herbes odorantes répandues à profusion par la femme sur le sol de la hutte. Puis elle vaque comme par le passé aux soins du ménage et accomplit sans la moindre défaillance les rudes corvées imposées par sa condition.

Pendant dix jours consécutifs, le mari se fait ainsi dorloter sans quitter un moment sa couche, se lamente, répond d'une voix entrecoupée aux doléances des visiteurs et affecte toutes les minauderies d'une petite maîtresse.

J'ai été personnellement témoin de ce fait à deux reprises différentes chez les Arouagues et les Galibis. Le docteur Leblond, Schombürck, le commandant Vidal et le regretté Crevaux l'avaient également constaté chez les Emerillons, les Roucouyènes et les Oyampis.

Il ne paraît pas d'ailleurs que cette singulière infraction aux règles les plus élémentaires de l'hygiène ait la moindre influence sur la mère et l'enfant. Au bout des dix jours, le mari quitte sa couche, et tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes équatoriaux. Quant au nouveau-né, je n'ai pas remarqué la moindre exiguïté dans sa conformation. Il m'a semblé absolument proportionné aux dimensions de ses parents. »

SIMPLISSIME.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bourget, ancien chirurgien en chef des hospices de Rodez.

— Le concours de l'agrégation pour la section de chimie et de physique a également commencé vendredi dernier 1er juin, à quatre heures du soir.

logies avec les troubles de la *paralysis agitans*, et qui sont les indices de lésions organiques centrales? Il y a donc nécessité de diviser le chapitre des hémichorées symptômes en deux paragraphes : celui des *troubles choréiformes symptomatiques de lésions cérébro-spinales*, et celui des *hémichorées rhumatismales*. Légitimée par l'observation clinique, cette division nosologique possède, est-il besoin de le dire, une grande valeur pour le pronostic et la thérapeutique des chorées. Ne trouve-t-elle pas une sorte de confirmation dans les observations que M. Demange vient de publier?

Ch. Eloy.

BIBLIOTHÈQUE

Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, par Morell-Mackenzie, médecin en chef de l'hôpital des maladies de la gorge et de la poitrine à Londres, professeur de laryngologie, etc. Traduit de l'anglais par MM. les docteurs E.-J. Moure, professeur libre de laryngologie et d'otologie, et Francis Bertier, d'Aix-les-Bains. — Paris, Octave Doin, éditeur (1).

Ainsi que nous l'avons dit dans nos précédents articles, la troisième partie du Traité Morell-Mackenzie, qui le termine, est consacrée au maladies de la trachée et aux opérations que les maladies de la gorge rendent nécessaires sur ce conduit. L'auteur passe en revue les maladies de la trachée, telles que inflammations, tumeurs, syphilis, retrécissement, phthisie trachéale, etc., etc., et dans chacun de ces chapitres, il fait part à ses lecteurs des résultats de son expérience éclairée. On lira avec intérêt en particulier ses études sur les végétations consécutives à la trachéotomie, sur la syphilis de la trachée, et sur la phthisie trachéale; mais le sujet qui domine dans cette troisième partie, c'est la trachéotomie.

L'auteur commence par un aperçu rapide de l'anatomie chirurgicale de la région laryngo-trachéale, en indiquant les complications qui peuvent venir du thymus chez l'enfant, et des anomalies vasculaires. Il s'arrête un instant sur la trachéoscopie, qui exige plus d'habitude que la laryngoscopie. On trouve là des détails intéressants sur un sujet peu connu, et des dessins qui représentent l'image trachéale, qu'il n'est pas toujours facile de saisir aussi parfaitement. Une chose digne d'attention, c'est une collection des instruments dits trachéaux, et principalement des instruments employés dans la trachéotomie. Ces instruments sont représentés par de beaux dessins, décrits et appréciés. M. Morell-Mackenzie, en expliquant leur mode d'emploi et leur mécanisme, en discute les avantages et les inconvénients. Là se trouve l'image très bien faite du larynx artificiel de Gussenbauer modifié par le docteur Foulis et par le professeur Heine.

L'auteur, à l'occasion des sujets importants, trace toujours un historique intéressant. Relativement à la trachéotomie, il nous apprend que cette opération date de l'an 100 avant J.-C. Dans cet historique, dit-il, « nous devons surtout appeler l'attention sur les points suivants : 1° l'idée d'ouvrir la trachée conçue à une époque très éloignée de nous et acceptée pendant la période de la Renaissance; 2° l'usage d'une canule, primitivement droite, par Senatorius; 3° l'addition, par Fabricius D'Aquapendente, d'ailes destinées à empêcher cette dernière de tomber dans la trachée; 4° l'invention, par Casserius, d'une canule recourbée devant remplacer la droite; 5° l'innovation de la canule double, par G. Martin; 6° l'addition de Roger, qui a ajouté une articulation permettant certains mouvements entre la canule et la plaque; et enfin 7° nous avons vu M. Durham préconiser l'emploi de la canule angulaire (dont les angles sont arrondis). »

Notre savant confrère, comme tous les hommes qui ont beaucoup pratiqué, s'étend avec un soin minutieux sur les préparatifs et les précautions; il insiste sur les indications de la trachéotomie, sur l'emploi des anesthésiques, qu'il condamne avec raison, sur les appareils accessoires, sur le devoir des aides, sur la position du malade et de l'opérateur, sur le choix d'une canule convenable, etc.; et décrit l'opération dans tous ses détails, de manière à nous donner une belle leçon de médecine opératoire. — Il ne se montre pas le moins du monde partisan de l'emploi du thermo-cautère, et nous ne saurions l'en blâmer.

Le livre est terminé par un appendice intitulé : *Formules spéciales des remèdes topiques contenues pour la plupart dans la pharmacopée de l'hôpital des maladies de la gorge*. C'est un recueil nombreux de formules qui peuvent être utiles aux médecins praticiens.

L'auteur a certainement mis toute sa vie médicale dans cet excellent traité. Nul n'était

(1) Voir le numéro du 12 mai de l'Union Médicale.

mieux placé que lui pour élever ce monument à l'art de guérir. A la tête de deux grands hôpitaux, recherché par une clientèle considérable, il a vu, il a connu tout ce qui rentre dans la spécialité à laquelle il s'est dévoué. Mais il ne suffisait pas d'avoir beaucoup vu; il fallait encore l'aptitude et la sagacité qui observent les faits, les étudient, les classent, et en font sortir un enseignement fructueux. Au talent d'observation, M. Morell-Mackenzie unit une érudition de bon aloi et le don d'approfondir ses sujets de manière à ne rien négliger qui intéresse la pratique. Son livre restera, et nous sommes heureux d'avoir à le recommander aux membres de notre corps médical.

G. Richelot père.

JOURNAL DES JOURNAUX

Note sur l'anatomie pathologique de la dermatite exfoliatrice généralisée, par M. Brocq. — Les conclusions de ce mémoire sur la maladie d'Er. Vilson, sont les suivantes : 1° Ses lésions ressemblent à celles du psoriasis; 2° On observe une suractivité de production des couches cornées de l'épiderme, et des modifications des autres couches; 3° Il existe de l'infiltration de la partie du derme dépendante du réseau vasculaire superficiel. Cette infiltration est limitée aux tissus voisins des vaisseaux. (*Annales de dermatologie et de syph.*; 25 octobre 1882, p. 538).

Paralysie labio-glosso-laryngée cérébrale, par le docteur Ross. — Le premier malade était un alcoolique, âgé de 40 ans, antérieurement atteint d'une attaque d'apoplexie. La paralysie labio-glosso-laryngée datait de quelques mois et avait suivi une marche progressive. Elle s'est terminée par l'asphyxie.

A l'autopsie, on constata deux kystes dans le noyau lenticulaire gauche et un autre kyste semblable dans le noyau droit. Au microscope, on observa une dégénérescence descendante dans les pédoncules, la protubérance et le bulbe. La mœlle était atteinte de myélite transverse et de dégérescences ascendante et descendante.

Chez le second malade, les symptômes de la paralysie étaient analogues, mais les lésions consistaient seulement dans un kyste du noyau lenticulaire, sans dégénérescence secondaire, et dans une myélite transverse de la région lombo-dorsale. (*Brain*, juillet 1882.)

Notes sur les microbes de la blennorrhagie, par le docteur J. Eklund. — L'*Ediophyton dictyodes* est un micrococcus qui se rencontrerait dans le pus blennorrhagique avec le gonococcus de Neisser. Ces micrococcus habitent aussi les eaux des lacs et, d'après l'auteur, peuvent, par leur pénétration dans l'urèthre ou le conduit vulvo-vaginal, devenir une cause de blennorrhagie spontanée. Enfin, on rencontre ce microphyte dans l'urine des scarlatineux.

D'ailleurs, ces organismes résistent au plus grand nombre des agents médicamenteux. L'auteur recommande l'emploi, après la disparition des symptômes aigus de la blennorrhagie, de bains de siège froids et d'injections de chloral ou d'acide phénique, en même temps que la médication interne par le copahu et le cubèbe. (*Annales de dermat. et de syph.*, p. 540; 25 octobre 1882).

Sur la septicémie puerpérale expérimentale, par M. le docteur Chauveau. — Le microbe de la septicémie puerpérale est le micrococcus qui se rencontre dans le pus des complications des plaies accidentelles ou chirurgicales. Les cultures de ce microbe ont été faites par M. Pasteur. En inoculant au lapin les produits pathologiques d'une femme morte de septicémie, M. Chauveau a pu reproduire les formes suraiguës, aiguës, subaiguës, chroniques, graves ou bénignes de cette affection.

Dans les cas où la première inoculation ne tuait pas l'animal, le savant professeur de Lyon a constaté une sorte d'immunité. En employant les procédés d'atténuation des virus de M. Toussaint, il a obtenu des résultats encore incomplets, mais très encourageants.

Un fait paraît acquis, c'est que chez le lapin, la septicémie expérimentale ne récidive pas. On a constaté le fait chez l'homme dans un certain nombre d'observations, mais il faut de nouvelles études pour confirmer ces premières conclusions. (*Soc. des sciences méd. de Lyon. Lyon médical*, p. 272, 21 octobre 1882).

Du déplacement du cœur et de la syncope dans la pleurésie, par le docteur Tchirkoff. — Ces expériences ont été entreprises sur des chiens, dans le but de reconnaître : 1° les causes et le mécanisme des déplacements du cœur; 2° les causes de la syncope dans la pleurésie séreuse. L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans tout épanchement pleurétique, le changement de position du cœur consiste dans

une rotation autour de l'axe longitudinal et de droite à gauche, la pointe étant tournée à droite. — 2° Le déplacement est en rapport avec l'encombrement des cavités droites par diminution de l'activité circulatoire dans l'artère pulmonaire. — 3° Le déplacement cardiaque est proportionnel à l'augmentation de l'épanchement et à la diminution de la pression négative dans la plèvre correspondante. La différence de pression entre la plèvre malade et la plèvre saine exprime l'étendue du déplacement du côté malade vers le côté sain. Toutefois, dans le cas de pleurésie gauche, le déplacement à droite est plus considérable que le déplacement à gauche dans les cas de pleurésie droite. — 4° La pointe et la base du cœur sont l'une et l'autre déplacées; mais cette dernière a un degré plus grand que la première. — 5° La mort subite, dans les épanchements pleurétiques, n'est donc pas le résultat du déplacement du cœur et de la compression de la veine cave inférieure (Bortel), puisque, dans ces expériences, la compression de cette veine pendant quelques minutes ne produisait ni la mort, ni la syncope. Il est donc probable que le cœur surmené, pour vaincre la résistance de l'épanchement pleurétique, peut s'arrêter subitement sous l'influence d'une irritation du nerf vague. De là cette conclusion que les inflammations de la plèvre médiastine provoquent l'arrêt du cœur en agissant sur les nerfs cardiaques. Tel est le mécanisme de la syncope dans les pleurésies peu abondantes ou bien après la ponction de la plèvre, lorsque le liquide n'exerce plus sur le cœur une pression compensatrice. Une autre cause d'épuisement pour la fibre cardiaque serait l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang des pleurétiques. D'après ces faits, M. Tchirkoff conclut que, dans l'empyème, l'arrêt du cœur surmené se produirait par action réflexe, c'est-à-dire par la douleur. (*London medical Record*, 15 février 1883.)

Echinocoque et urticaire, par M. le docteur Weiss. — La malade était atteinte d'une tumeur volumineuse, déformant la région épigastrique et faisant saillie sur le côté droit. A la suite d'une ponction exploratrice, on observa une éruption d'urticaire fébrile pendant quelques heures. La ponction avait été pratiquée à 11 heures du matin et le soir on constatait encore quelques plaques ortiées dont l'une était située au niveau de la ponction. A la suite de chacun des vomissements qui se reproduisirent pendant plusieurs jours, on constata de nouvelles poussées d'urticaire. (*Berlin klin. Woch* n° 30, 1881 et *Annales de dermat. et de syph.*, p. 597, 25 octobre 1882). Monneret, l'un des premiers, a signalé ces phénomènes qui ont fait l'objet d'une lecture récente de M. Féréol à l'Académie de médecine. — L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouley présente un mémoire de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, intitulé : *Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique.*

« Pour compléter leurs premières recherches sur la puissance toxique des alcools, MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé ont étudié l'action lente et progressive de ces derniers.

Entrepris au mois de juin 1879, ces nouveaux essais se sont prolongés jusqu'en juillet 1882, et c'est sur des porcs qu'ils ont porté cette fois. Le nombre de ces animaux soumis à l'expérimentation a été de dix-huit. Ils ont été partagés en deux séries. Dans l'une et l'autre de ces séries chaque animal prenait un alcool différent. Pour celui-ci, c'était de l'alcool éthylique ; pour celui-là, de l'alcool méthylique; pour d'autres, des alcools de grains, de betteraves et de pommes de terre (flegmes et alcools rectifiés), et enfin, pour les derniers, de l'absinthe et de la teinture d'absinthe.

Ces substances, qui étaient mélangées aux aliments, ont été administrées chaque jour : les alcools à la dose moyenne de 1 gramme à 1 gramme 50 par kilogramme du poids du corps ; l'absinthe (elle marquait 48° C. à l'alcoomètre de Gay-Lussac) à celle de 2 grammes, enfin la quantité de teinture d'absinthe n'a guère dépassé 0gr,02 par kilogramme.

L'ivresse, chez les cochons soumis à l'alcool, s'est traduite constamment par du sommeil, de la prostration et de l'hébétude, tandis que chez ceux qui prenaient de l'absinthe on a observé des phénomènes d'excitation manifeste.

Pendant le cours de l'expérimentation, quelques-uns des animaux ont été sacrifiés et d'autres ont succombé aux suites de l'alcoolisme. Les examens microscopiques ont été faits avec le concours du professeur Cornil.

Voici les résultats que ces nouvelles recherches ont fourni à MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé :

Les alcools administrés d'une façon lente et continue déterminent, pendant la vie, des troubles divers. Du côté de l'appareil digestif, ce sont des vomissements de bile et de ma-

tières glaireuses et des diarrhées plus ou moins abondantes et qui deviennent quelquefois sanguinolentes. Il faut noter, d'autre part, de la gêne de la respiration, des tremblements musculaires et enfin de la faiblesse et même de la parésie du train postérieur. Quant aux lésions cadavériques, elles consistent en des congestions du tube digestif qui peuvent aller quelquefois jusqu'à l'hémorrhagie; en des congestions et des inflammations du foie qui n'aboutissent pas cependant à la cirrhose de cet organe; en des hypérémies très nettes et très intenses du côté des poumons et, enfin, en des athéromes des gros vaisseaux et en particulier de l'aorte.

Il faut remarquer aussi que l'intoxication alcoolique, sans être un obstacle à l'engraissement, a favorisé la production d'hémorrhagies dans le tissu cellulaire et dans l'épaisseur des muscles. Ces hémorrhagies ont même rendu impossible la vente de la viande des porcs, qui a été saisie par les inspecteurs de la boucherie, bien qu'elle ait conservé, comme M. Decroix a pu s'en assurer, ses qualités nutritives et son goût habituel.

L'absinthe, et surtout l'essence d'absinthe, ont, contrairement aux alcools, produit, comme il a été déjà plus haut, des phénomènes d'excitation. S'il n'a pas été permis de constater chez les animaux intoxiqués par ces substances quelque chose de comparable à l'épilepsie, on a pu observer toutefois des contractures et de l'hyperesthésie cutanée.

Enfin, et le fait mérite d'être signalé puisqu'il vient confirmer les premières recherches de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé : pour les alcools les symptômes et les désordres anatomiques indiqués tout à l'heure ont été d'autant plus accusés que l'alcool en question était plus éloigné de son degré de pureté. Les alcools non rectifiés de grains, de betteraves et de pommes de terre sont, en effet, ceux qui ont déterminé, toutes choses égales d'ailleurs, le plus d'accidents, tandis que l'alcool éthylique et l'alcool de pommes de terre, dix fois rectifié, n'en ont produit que fort peu. C'est ainsi que, au bout de près de trois années d'expérimentation, deux porcs soumis aux flegmes succombaient à l'alcoolisme, tandis que les autres paraissaient résister encore, à cette époque, à l'intoxication. »

M. C. Husson adresse, par l'intermédiaire de M. Chatin, une note sur les condiments et, particulièrement, le sel et le vinaigre, au point de vue de l'alimentation. Cette note se termine par les conclusions suivantes :

« *A.* Certaines épices paraissent n'avoir d'autre utilité que de stimuler l'appétit et d'exciter la sécrétion des différents sucs nécessaires à la digestion.

A ce seul point de vue, le sel, à faible dose, rentrerait dans cette catégorie si, en passant dans l'économie, il ne se transformait en acide chlorhydrique qui entre dans la composition du suc gastrique.

La quantité de sel à employer, en cuisine, ne doit pas excéder 5 ou 10 gr. par 0 kilog. 5 de viande; si l'on en met plus, il agit de deux manières:

1° Il modifie la structure d'une portion des fibres musculaires de la viande en salaison qu'il rend plus résistante à l'action du suc gastrique ;

2° Dans l'organe même, il ralentit la fermentation pepsique.

Voilà pourquoi les viandes salées et fumées sont plus indigestes que les autres. Le sel en excès est en outre irritant.

B. Les acides organiques, non toxiques, facilitent la digestion. Aussi l'emploi des condiments vinaigrés a-t-il sa raison d'être, mais à la condition de ne pas s'élever à des doses capables d'irriter les organes.

Si les acides minéraux, l'acide chlorhydrique en particulier, dans les proportions de 1 à 4 pour 1,000, sont nécessaires à la digestion, en quantités plus fortes, ils lui deviennent contraires et peuvent même l'arrêter.

Tel est le résumé de mes premières observations.

Si je me permets de les adresser à l'Académie, c'est qu'elles me semblent sanctionnées par les belles expériences de MM. Claude Bernard, Dumas, Wurtz, Béclard, Mialhe, etc., qui ont servi de base à mes recherches. »

M. A. Terreil fait présenter par M. Daubrée une note sur la *Composition de l'eau minérale de Montrond (Loire)*.

« 'ai l'honneur de soumettre à l'Académie l'analyse de l'eau minérale de Montrond.

Je rappelle que cette eau a été découverte le 23 septembre 1881, dans un sondage exécuté sous la direction de M. Laur, ingénieur civil des Mines, à Montrond, dans le département de la Loire, à la profondeur de 475 mètres, dans des couches qu'on attribue au terrain tertiaire inférieur (éocène). On a traversé la couche liquide en poussant le sondage jusqu'à 502 mètres. De cette profondeur, l'eau est amenée à plusieurs mètres au-dessus de la surface du sol, par la pression considérable exercée par le gaz acide carbonique, à la manière de ce qui arrive dans les *geysers*. L'eau jaillissante de Montrond a été captée à l'aide d'un tube en fer de

0^m,125 de diamètre, et la prise d'eau se fait sur le côté latéral de ce tube, à environ 1^m,20 au-dessous du niveau moyen que l'eau occupe dans le tube ascensionnel.

L'eau de Montrond est une eau bicarbonatée sodique, d'une pureté relative qu'on ne trouve pas dans les eaux minérales du même genre ; elle se distingue aussi par sa saveur, qui est extrêmement ferrugineuse et que ne présentent pas ordinairement les eaux bicarbonatées sodique. »

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 11 au 16 juin 1883.

Lundi 11. — M. Zabala y Hermoso : Etude sur le céphalotome. (Président, M. Depaul.)

M. Connétable : Considérations générales sur les plaies des intestins. (Président, M. Verneuil.)

M. Catuffe : Contribution à l'étude de la périostite albumineuse ou exsudatrice. (Président, M. Verneuil.)

Mardi 12. — Pas de thèses.

Mercredi 13. — M. Petit : Essai de philosophie médicale. (Président, M. Potain.)

M. Delanef : Essai sur l'étiologie de l'épilepsie tardive. (Président, M. Charcot.)

Jeudi 14. — M. Verdugo : Contribution à l'etude de la goutte saturnine. (Président, M. G. Sée.)

M. Flasschoen : Contribution à l'étude de la constipation et de son traitement. (Président, M. G. Sée.)

M. Porchaire : Tuberculose consécutive au rétrécissement cancéreux de l'œsophage (inanitiation). (Président, M. Hardy.)

M. Lebrun : Du muguet primitif du pharynx dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Laboulbène.)

M. Curé : Des parotidites dans les maladies graves, en particulier dans les suites de couches. (Président, M. Laboulbène.)

M. Gaultier de Beauvallon : Essai sur les hallucinations. (Président, M. Ball.)

M. Laulaigne : Contribution à l'étude de l'anencéphalie. — Diagnostic pendant la grossesse et l'accouchement. (Président, M. Pajot.)

M. Roquancourt : Etude sur les amputations traumatiques secondaires. (Président, M. Richet.)

Vendredi 15 et samedi 16, pas de thèses.

FORMULAIRE

PILULES HÉMOSTATIQUES. — N. GUENEAU DE MUSSY.

Extrait de ratanhia.	4 grammes.
Seigle ergoté pulv.	3 —
Digitale pulv.	0 gr 50 centigr.
Extrait de jusquiame.	0 gr 25 centigr.

F. s. a. 20 pilules.

De 4 à 6 dans les vingt-quatre heures, dans diverses formes d'hémorrhagie, telles que métrorrhagie, épistaxis, hémoptysie. — N. G.

ONGUENT DIACHYLON CONTRE L'ECZÉMA. — HÉBRA.

Litharge	6 grammes.
Huile d'olives.	25 —
Essence de lavande	1 —

Faites chauffer sur un feu doux, en ajoutant peu à peu de l'eau de fontaine, jusqu'à faire un onguent de consistance assez ferme. — On l'étend sur des bandes de toile, que l'on applique sur les régions qui sont le siège d'eczéma chronique. Cet onguent agit surtout comme moyen de protection. — N. G.

—

COURRIER

L'homme au vernis. — Nous avons la satisfaction d'apprendre à nos lecteurs que le voleur qui depuis quelque temps exploitait le corps médical, et qui, récemment encore, s'est emparé d'un bronze chez un médecin des hôpitaux bien connu, tout en frottant le pied de son bureau avec le fameux vernis, est aujourd'hui entre les mains de M. Macé, chef de la sûreté.

Concours de l'agrégation. — Le concours de l'agrégation pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour celle d'histoire naturelle a commencé le vendredi 1er juin 1883. Lecture a été donnée d'une lettre de M. le professeur Vulpian s'excusant de ne pouvoir siéger dans le jury pour cause de maladie. M. le professeur Laboulbène a été appelé à le remplacer.

M. Cogniard, l'un des candidats, a déclaré par lettre renoncer au concours.

Les autres candidats dont les noms suivent ont déclaré se présenter pour les Facultés ci-après désignées :

Paris : MM. Beauvisage, Blanchard, Henneguy, Quenu, Reynier et Variot.

Bordeaux : MM. Beauvisage et Planteau.

Lille : MM. Beauvisage, Demon et Wertheimer.

Lyon : MM. Beauvisage, Debierre, Imbert, Lemaire et Mangenot.

Montpellier : MM. Beauvisage et Granel.

Nancy : MM. Beauvisage, Lemaire, Macé, Mangenot, René et Sadler.

Samedi 2 juin, a eu lieu, à midi, la seconde séance pour la première épreuve, — composition écrite, — pour laquelle il est accordé cinq heures aux candidats. Le sujet donné a été : le système lymphatique (anatomie et physiologie). — Il a été procédé ensuite au tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les candidats seront appelés à lire les compositions écrites.

Voici cet ordre :

MM. 1° Granel; 2° Henneguy; 3° Lemaire; 4° Sadler; 5° Demon; 6° Macé; 7° Variot; 8° Mangenot; 9° Imbert; 10° Reynier; 11° Planteau; 12° René; 13° Beauvisage; 14° Blanchard; 15° Debierre; 16° Quenu; 17° Wertheimer.

Les séances auront lieu tous les jours, le samedi et le dimanche exceptés, à cinq heures du soir.

Concours de Berck-sur-Mer. — Les caudidats inscrits pour le concours à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer, qui doit s'ouvrir le 11 de ce mois, sont au nombre de treize.

Société protectrice de l'enfance. — La Société protectrice de l'enfance de Paris a décerné son prix annuel de 500 francs à M. le docteur Legendre, de Saint-Léger-sous-Beuvray (Saône-et-Loire), déjà couronné, l'année dernière, pour ses lettres sur l'industrie nourricière.

La question mise au concours était la suivante : « Exposer, dans des observations recueillies par l'auteur, quelles ont été, dans ces dernières années, les affections prédominantes chez les enfants en bas-âge, et quel a été le chiffre comparatif de la mortalité enlre ceux élevés au sein et ceux élevés au biberon. »

Société de médecine légale. — Séance du lundi 11 juin 1883, à 4 heures *très précises,* au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil).

Ordre du jour : I. Suite de la discussion sur la question de savoir si les pharmaciens sont autorisés à exécuter plusieurs fois successives la même prescription, sans une nouvelle ordonnance de médecin. — II. Analyse des travaux de la Société médico-légale de New-York, par M. Pénard (suite). — III. Rapport de M. Boudet, sur la responsabilité qui peut incomber aux médecins pour l'accomplissement des missions qui leur sont confiées par des clients à leur lit de mort. — IV. Communication, de M. Brouardel, sur les vulvites. — V. Les aliénés dangereux et la sécurité publique.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

ÉTUDES DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. L.-G. RICHELOT, agrégé, suppléant M. le professeur RICHET.

SUR L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

OCTOBRE 1882.

Observation de hernie crurale étranglée; diarrhée profuse après la kélotomie. — Préjugés sur la nature de l'étranglement. — Valeur de la rétention des matières, des lésions mécaniques, de la compression nerveuse. — Cause de l'algidité; preuves cliniques. — Valeur de l'anus contre nature après la kélotomie et dans l'étranglement interne. — Conclusion pratique.

Messieurs,

L'étranglement herniaire est une question rebattue, discutée à satiété, mais qui jamais ne s'épuise. Toujours grave et pressante, elle se dresse à chaque pas devant nous, et revêt des formes inattendues qui nous déconcertent. Malgré tous les enseignements, elle reste encombrée d'erreurs et de pratiques dangereuses. Comment cesser d'en parler? Comment ne pas revenir encore sur des lois cent fois promulguées, sur des conseils qui devraient être superflus tant on les a répétés, mais que des autorités décrépites et des préjugés séculaires vous empêchent trop souvent d'appliquer ou même de comprendre?

Je voudrais pouvoir, en quelques mots, vous édifier sur la nature même de l'étranglement herniaire, et vous montrer combien votre conduite au lit du malade est impérieusement commandée par la notion juste et réfléchie du mal que vous avez à combattre. Un homme que j'ai opéré le 29 septembre, il y a huit jours, va m'en fournir l'occasion; son histoire me permettra de rectifier chez quelques-uns d'entre vous les idées fausses ou incomplètes que leur ont données les définitions classi-

FEUILLETON

LA LÈPRE AUX ILES HAWAI.

L'île de Molokaï ou l'île des Lépreux.

C'est au voisinage des tropiques, entre les 18° et 23° degrés de latitude septentrionale et les 155° et 161° degrés de longitude occidentale, dans l'océan Pacifique du nord, qu'est situé l'Archipel des îles Hawaï. Le climat y est tempéré, agréable, malgré le voisinage des tropiques; aussi les relations commerciales de ces îles avec le continent américain sont très nombreuses, et un service de paquebots réguliers franchit hebdomadairement les 2,100 milles qui séparent Honolulu de San Francisco.

Parmi ces îles, les unes Oahu, Hawaï, Maui, Molokaï, Kauai, Nühau, Lanaï, sont habitées et cultivées; d'autres sont désertes comme Kahoolawe, d'autres enfin ne consistent qu'en rochers stériles; telles sont : Molokini, Lehua, Koula et Nichoa. La rapidité et la fréquence des communications entre cet archipel et la côte occidentale de l'Amérique du nord, donne une certaine importance aux épidémies et aux maladies contagieuses dont ces îles peuvent être le foyer. De là, assurément, les motifs pour lesquels un médecin de la marine des Etats-Unis, M. le docteur Tryon adressait dernièrement au gouvernement de Washington un important mémoire sur le développement de la lèpre parmi les populations insulaires des Hawaï. C'est

(1) Voir *The American journal of med. sciences*, avril 1883, p. 443.

ques de l'étranglement. C'est là une étude de physiologie clinique dont les travaux modernes ont bien montré l'intérêt et dont les éléments sont aujourd'hui connus de la plupart des chirurgiens ; mais elle n'existe encore, sous une forme synthétique, ni dans les livres de pathologie ni dans l'enseignement de nos maîtres.

Arthur Petit-Jean est un homme de 34 ans, terrassier, entré à l'Hôtel-Dieu le jeudi 28 septembre, et couché au nº 22 de la salle Saint-Landry. Hernie crurale droite, du volume d'une grosse noix; facies abdominal, dépression, vomissements fécaloïdes. D'après le récit du malade, les signes de l'étranglement durent depuis six jours.

Je ne m'arrête pas davantage sur les détails de ce tableau, maintenant effacé. Les quelques traits que je viens de noter vous suffisent pour juger la situation. En présence d'un étranglement crural datant de six jours, quand même les symptômes n'eussent pas été aussi graves, l'hésitation n'était pas permise. N'oubliez jamais que, dans la hernie crurale bien et dûment serrée à l'anneau, après trois jours révolus, le taxis est une faute : s'il échoue, vous aurez malaxé l'intestin sans profit; s'il réussit, vous avez bien des chances pour vous en repentir, car l'intestin, s'il n'est déjà perforé, peut être assez malade pour s'ouvrir dans l'abdomen. Passé ce délai, le seul parti à prendre, c'est l'opération sans phrases.

Par bonheur, j'ai trouvé une anse intestinale en assez bon état, seulement congestionnée; je n'ai pas eu de perforation à traiter, ni à me demander si je laisserais l'intestin dans la plaie; j'ai réduit simplement, j'ai lié au catgut et réséqué une petite quantité d'épiploon, enfin j'ai lié le sac le plus haut possible et j'en ai fait la résection. La kélotomie a donc marché sans encombres, et, sous le pansement de Lister appliqué dans toute sa rigueur, les suites de l'opération n'ont pas été moins heureuses : le lendemain samedi, premier pansement; le lundi 2 octobre, deuxième pansement, ablation du tube à drainage et des crins de Florence dont je m'étais servi pour suturer la plaie. Un peu de sérosité s'écoule, mais il n'y a pas trace de pus. Troisième pansement le mercredi; la réunion est parfaite; à la place que le drain a laissée libre est une surface encore vive de quelques millimètres. La méthode antiseptique a donné ici le meilleur résultat qu'on en puisse attendre.

Mais voici une complication que rien ne faisait prévoir. Dès le second jour, notre malade eut spontanément une selle abondante, bientôt suivie d'une diarrhée profuse qui a duré toute la semaine. L'usage de l'opium après la kélotomie est pour moi si invariable, que je n'avais pas même songé à le prescrire. Oublier l'opium,

---

à ce rapport, qui a pour but d'établir la nécessité d'une surveillance des îles au point de vue de la prophylaxie sanitaire internationale, que nous empruntons la plupart des détails suivants.

Il y aura tantôt vingt ans que le gouvernement d'Honolulu reconnu l'urgence de combattre les ravages de la lèpre et de prévenir par des mesures sanitaires sa rapide propagation sur les indigènes. L'île de Molokaï fut affectée aux lépreux, et en 1868, dans le but de les recevoir, des établissements spéciaux y furent installés.

Cette mesure aurait pu donner de bons résultats si tous les lépreux de l'archipel y avaient été transportés, isolés et soignés. Il est loin d'en être ainsi et la majorité des lépreux restant en contact et en cohabitation avec leurs familles, dissémine la maladie, de sorte que ces mesures ne possèdent qu'une efficacité partielle. De plus les Hawaïens, — faut-il s'en étonner? — redoutent le séjour et l'internement à Molokaï. Depuis, tenant compte de cette répugnance, le gouvernement à établit à Honolulu une autre léproserie, dans laquelle on engage les malades à se rendre et à s'y faire soigner volontairement.

Cet hôpital peut recevoir cent malades; à Molokai huit cents lépreux sont isolés dans l'île, de sorte que neuf cents malades sont soumis au contrôle officiel. Ce chiffre est faible assurément, puisque, d'après les statistiques officielles, le nombre total des lépreux s'élève à deux mille, c'est-à-dire à cinq pour cent de la population insulaire.

On admet vulgairement dans le pays que la lèpre y est d'importation étrangère. Elle y aurait été introduite par les Chinois vers 1840, y serait devenue endémique et depuis, par un développement ascendant et continu, aurait d'année en année étendu son domaine. L'époque pendant laquelle ses ravages ont été les plus rapides est l'année 1883, dans le cours de la grande épidémie de variole, qui atteignit 3,518 malades et fit 1,276 victimes.

surtout après un étranglement prolongé, négliger de mettre l'intestin au repos, de suspendre les actions réflexes, d'endormir le système nerveux, voilà qui m'étonne autant que de laisser un opéré sans pansement après une amputation de jambe. Quand je vis la diarrhée s'établir, je réparai la faute que j'avais commise, mais l'irritation intestinale ne fut pas amendée, les symptômes allèrent en s'aggravant, le malade s'affaiblit, se cyanosa, prit l'aspect chólériforme, et hier encore son état paraissait fort grave. Après l'opium et le bismuth restés impuissants, l'alcool et le café parvinrent cependant à soutenir, à remonter ses forces; aujourd'hui la scène a changé, les traits sont reposés et le regard naturel; je ne doute plus de la guérison (1).

D'où nous est venue cette alerte? Avant de rien discuter, Messieurs, je n'hésite pas à vous dire que cette diarrhée profuse avait pour cause une irritation intestinale réflexe, provoquée par la longue durée de la constriction, et qui vient se ranger, avec la congestion pulmonaire et l'algidité même, parmi les *phénomènes nerveux* de l'étranglement.

L'opium, donné le premier jour, eût-il prévenu les accidents? Je n'en sais rien, mais sans doute ils eussent été moins violents; c'était bien le cas, ou jamais, d'en faire usage. Autrefois, les chirurgiens donnaient un purgatif après la kélotomie, au risque de surmener davantage un intestin déjà compromis; aujourd'hui, on cherche le calme, on prévient les actions tumultueuses, et nul exemple ne pouvait mieux que celui-ci faire ressortir à vos yeux les avantages de cette conduite.

Et pourquoi donc nos devanciers troublaient-ils si fort un organe qui a tant besoin de repos? C'est qu'ils voulaient avant tout rétablir la circulation des matières. Imbus d'une idée fausse, ils prenaient l'accessoire pour le principal; et voilà, Messieurs, le gros préjugé dont vous n'êtes pas débarrassés aujourd'hui, et qui hante quelquefois encore l'esprit des meilleurs chirurgiens.

Cette idée, que la *rétention des matières* est un fait capital, se trouve dans les définitions classiques de l'étranglement herniaire, sans parler des vieux auteurs qui croyaient à l'engouement et ne savaient même pas que l'intestin fût serré à l'anneau. Voyez ce que dit le professeur Gosselin dans un livre qui, à d'autres égards, n'a pas vieilli : l'étranglement herniaire est une constriction plus ou moins forte, « qui gêne la circulation sanguine, arrête le cours des matières intestinales »,

(1) Le malade a quitté l'hôpital au bout de quelques jours, entièrement guéri.

La contagiosité de la lèpre a été parfois mise en discussion; l'histoire des lépreux d'Hawaï démontrerait ce mode de propagation. Les faits de transmission à des personnes en bonne santé n'y sont pas douteux ; de plus, les mœurs, les coutumes, le défaut de propreté, la mauvaise alimentation, la misère sociale et physique sont des causes prédisposantes, communes à tous les administrés du gouvernement d'Honolulu. Un fait paraît acquis à Hawaï, c'est que la lèpre a pu se propager dans des villages isolés par l'importation, parmi les habitants, d'un seul cas venu du dehors. D'ailleurs, la plupart des médecins, qui ont exercé dans les contrées où cette maladie existe, ont pu constater des faits analogues. Ainsi, les docteurs Mc-Namara (du Bengale), Lob (de Hong-Kong), Wolf (de Madère), Milleray (de la Trinité), pour ne citer que l'opinion d'un petit nombre, partagent cette opinion.

A Honolulu, on regarde la lèpre comme très contagieuse ; aussi toute la législation a pour but de s'opposer à ce mode de propagation. Néanmoins, la question est de celles qui méritent d'être étudiée. Aussi, le docteur Truyon désirerait qu'une commission fût chargée par les gouvernements intéressés de suivre une enquête et de fixer définitivement ce point d'étiologie.

Le temps n'est plus où la lèpre envahissait d'immenses contrées de l'Europe ; les épidémies du moyen âge ne nous menacent plus, mais les contrées chaudes du globe possèdent encore leurs lépreux. Triste privilège !

On a bien voulu identifier la lèpre avec la syphilis. Cette hypothèse n'est pas légitime. Les allures et la marche clinique de l'une et de l'autre sont différentes. En tout cas, les observations des médecins qui ont visité les lépreux d'Honolulu ne laissent aucun doute, d'après M. Tryon, sur la nature propre de cette affection identique aux faits signalés en Chine et aux Indes.

La lèpre d'Hawaï prend les deux formes classiques de la *lèpre tuberculeuse*, ou bien de la

et conduit à la perforation ou à la gangrène (1). Deux faits sont mis en lumière dans cette définition : les lésions mécaniques de l'intestin, la rétention des matières. Mais quelle valeur pouvons-nous attribuer à cette rétention? Rappelez-vous qu'un étranglement devient grave en quelques jours; une constipation de même durée est-elle si fâcheuse? Le séjour des matières, l'absence d'émission gazeuse peuvent amener du malaise, du tympanisme, et rien de plus; les vomissements eux-mêmes n'en sont pas la suite, puisqu'ils arrivent dès les premières heures de l'étranglement. Mais de grands symptômes réactionnels, une septicémie intestinale de forme algide et de marche inusitée, une résorption putride qu'on ne voit jamais dans les autres formes de constipation et qui serait favorisée, on ne sait pourquoi ni comment, par l'occlusion intestinale, voilà de pures hypothèses auxquelles nous ne devons plus nous arrêter. En voulez-vous une preuve? Supposez un étranglement; l'opération est faite, l'intestin réduit dans de bonnes conditions; les jours suivants, la constipation dure encore, et vous ne faites rien pour la vaincre; bien plus, vous donnez l'opium; la circulation des matières est interrompue aussi longtemps que vous voudrez, et cependant le malade est soulagé, la température normale, la guérison certaine. Puisque tous les phénomènes de l'étranglement ont disparu, c'est apparemment que la rétention n'y jouait aucun rôle.

Bien autrement graves sont les désordres que j'appellerai, sans vouloir justifier absolument l'emploi des mots, les *lésions mécaniques* de l'étranglement : perforation, gangrène, issue des matières, péritonite. Et cependant, la terminaison funeste par une de ces complications locales n'est qu'une éventualité. J'ose à peine la traiter d'accessoire, car elle est toujours menaçante et d'une fréquence extrême. Hors d'elle néanmoins, l'étranglement subsiste avec ses caractères et sa gravité propres; car on meurt d'étranglement sans désordres locaux et sans péritonite.

C'est qu'il y a, Messieurs, dans l'étranglement herniaire, outre la rétention et l'altération matérielle des tuniques, un troisième élément plus essentiel encore, la *compression nerveuse*. Le système nerveux abdominal est d'une extrême sensibilité pathologique; les plexus incorporés aux parois de l'intestin sont le point de départ d'actions réflexes d'étendue et de gravité variables, et cela non seulement dans les hernies, mais dans une foule d'affections des voies digestives. Ne quittons pas le domaine de l'étranglement : les vomissements, qui commencent avec lui et

(1) Gosselin. *Leçons sur les hernies abdominales*, 1865, p. 98.

---

lèpre anesthésique. Dans la première, les taches débutent en général par le visage, envahissent les jambes, les cuisses et le tronc. Elles sont suivies d'une éruption avec mouvement fébrile et parfois d'un érysipèle; pendant toute la durée de la maladie, ces manifestations sont fréquentes et suivies d'une augmentation dans la marche de la maladie et dans les lésions qui déforment les régions affectées. Telle est l'évolution de la *lèpre léonine* à Hawaï.

La forme anesthésique consiste, au début, dans une sensation d'engourdissement commençant en général par la face plantaire du gros orteil, le bord interne de la main, ou la face cubitale des phalanges; on observe aussi des taches pâles, avec décoloration de la peau, sur les avant-bras, le tronc, la face, le lobule de l'oreille. Ces plaques, analgésiques ou anesthésiques, sont rarement le siège d'éruptions papuleuses ou tuberculeuses.

Le visage perd son expression; la physionomie devient inerte, en même temps que les extrémités se déforment et se contracturent. Cette forme de la lèpre ne s'accompagne pas de poussées fébriles ou érysipélateuses.

Les lépreux des îles Hawaï ont l'air heureux; fort peu se plaignent de leur état; la plupart vivent pendant plusieurs années malgré cette maladie, dont la guérison est incertaine à tous les âges, n'a jamais été observée chez les vieillards. Les lépreux, qui sont hospitalisés et assistés par l'Etat, sont soumis à un régime mixte, composé de viandes, de poissons salés et de végétaux. On leur distribue libéralement des agents médicamenteux, mais aucune de ces médications n'a donné de résultats manifestes; aussi la propagation de la maladie suit une marche ascendante.

Elle menace de détruire toute la population indigène, et actuellement le chiffre total des habitants d'Hawaï ne se maintient que par l'immigration d'éléments étrangers : Portugais, Chinois, Norwégiens et Italiens.

deviennent fécaloïdes à mesure que les matières s'accumulent, sont au premier chef un de ces actes nerveux. Il y en a d'autres, que M. Berger a notés dans un intéressant travail (1) : ce sont des crampes, des contractures plus ou moins généralisées, des convulsions éclamptiques, des accidents cérébraux caractérisés par du coma ou du délire. Parmi ces accidents, qui sont rares à la vérité, nous rangerons, si vous le voulez bien, cette irritation intestinale consécutive à l'opération, cette diarrhée profuse et menaçante que nous venons d'observer chez notre malade, et qui est aussi un phénomène peu commun. Plus souvent, c'est la congestion pulmonaire qui vient compliquer ou même terminer la scène. Mais sachez-le bien : en dehors de toute localisation, et non pas à titre éventuel, mais comme fond commun à tous les étranglements, on observe un retentissement nerveux lié à la constriction des parois intestinales, progressif et d'autant plus menaçant que la compression est plus forte et plus prolongée. C'est lui, par excellence, le caractère de l'étranglement; c'est par lui que les forces diminuent, que les traits s'altèrent, que la température s'abaisse, et que surviennent en fin de compte le collapsus et l'algidité. La rétention des matières n'y prend aucune part, je vous ai dit pourquoi; les lésions mécaniques n'en sont pas responsables, car la scène se déroule dans les cas mêmes où elles n'existent pas. Ecoutez l'histoire de deux malades que j'ai vues à l'hôpital Necker en 1879, tandis que je remplaçais Broca, et vous serez édifiés.

L'une d'elles a été opérée d'une hernie crurale droite, après trois jours révolus, sans taxis. L'observation est consignée dans l'*Union médicale* du 31 mai 1881. Vous y verrez que bien m'en a pris de rejeter toute manœuvre de réduction; car, si j'avais eu le malheur de réussir, j'aurais fait rentrer dans le ventre une anse intestinale perforée. Heureusement, l'état général était satisfaisant, le pouls plein et la température normale. J'ai suturé la perforation, réduit l'intestin, donné l'opium, laissé la malade au repos absolu et presque sans nourriture pendant quinze jours. La plaie s'est bien réunie, le péritoine est resté silencieux, et la malade a promptement guéri.

La seconde était une femme de 49 ans, qui portait depuis trois ans une hernie inguinale gauche. Entrée quelques jours avant la précédente, elle était couchée dans le lit voisin, au n° 5 de la salle Sainte-Marie. L'étranglement remontait au

(1) P. Berger. *Des phénomènes nerveux que l'on observe dans le cours de l'étranglement herniaire.* Bull. de la Soc. de chir., 1876, p. 698.

Dans l'espace de six années, 1872 à 1878, la population indigène a diminué de 4,023 personnes, et de 51,531 est descendue à 47,508. Pendant la même période, 5,111 étrangers venaient s'établir dans l'archipel, et la colonie chinoise voyait sa population s'accroître de 3,978 coolies. Cette invasion ne contribuera pas peu à la disparition rapide de la race indigène. Enfin, en terminant, remarquons que l'île de Molokaï renferme une population de 2,081 habitants; dans ce nombre, on compte 806 lépreux. Cette île ne mériterait-elle pas d'être désignée dans la géographie médicale sous le nom de l'*Ile aux Lépreux*? — C. E.

Dysphagie nerveuse. — Le malade avait toujours été d'une grande susceptibilité nerveuse et, par moment, avait présenté des troubles de la déglutition. Six années auparavant, en avalant une bouchée de viande, il éprouva un accès de suffocation, et ce dernier se répétant, il dut s'alimenter avec des œufs mollets. L'acte de la déglutition s'accompagnait d'une grande inquiétude du visage et d'un tremblement général du corps. Toutefois, quand on faisait parler ce malade pendant le repas, ces troubles nerveux étaient moins intenses. En vain on fit usage du bromure de potassium, du galvanisme, de l'hydrothérapie et d'autres médications; en vain on introduisit la sonde stomacale, qui provoqua l'aggravation des symptômes, dont la disparition fut spontanée. (*Berlin. Rudolph-Stift, Wienn.*, 1882, et *The N.-Y. med. Record.*, 24 mars 1883, p. 322.) L. D.

7 avril; elle fut opérée le 14. A ce moment, les vomissements étaient fécaloïdes, le pouls petit, les extrémités froides, la face grippée, la prostration complète. Je m'attendais à trouver des lésions graves ; il n'en fut rien. L'anse intestinale, fortement congestionnée, ne présentait ni perforation ni points douteux; la constriction du pédicule n'était pas extrême. Je n'hésitai pas à réduire, et je pus avoir un instant d'illusion sur le pronostic. Les vomissements cessèrent, et notez bien qu'il survint une selle abondante. Mais la prostration resta la même, aucun moyen ne put réchauffer la malade, et la mort eut lieu à quatre heures du matin. L'autopsie démontra l'intégrité de l'intestin, du péritoine et de tous les viscères, le rein compris; à peine y avait-il une trace de congestion pulmonaire, et seulement à la base.

La comparaison de ces deux malades, que le hasard a mises en même temps sous mes yeux, n'est-elle pas instructive? Chez la première, l'étroitesse de l'étranglement avait amené, dès le troisième jour, une complication qui sans nous serait devenue fatale, mais non l'hypothermie et la dépression irrémédiable; il a suffi, pour écarter le péril, de conjurer les accidents locaux. Chez l'autre, une constriction moins serrée n'avait pas compromis l'intestin; mais beaucoup plus longue, elle avait retenti progressivement sur le système nerveux, et par elle-même, sans auxiliaire, préparé la mort. Quelle a été la vraie cause de cette mort? Ce n'est pas la constipation d'une semaine, bientôt jugée par une selle abondante; ce n'est pas la gangrène de l'intestin ou la péritonite, l'opération et l'autopsie le démontrent; c'est la perturbation nerveuse qui, tout désordre local mis à part, est la suite naturelle de l'étranglement, qui peut durer après la libération tardive de l'intestin, et qui se traduit par deux mots, collapsus et algidité.

On a beaucoup discuté sur les causes de l'algidité herniaire. Une observation comme celle-ci éclaire singulièrement la question, car l'absence de toute lésion dans l'abdomen et dans les viscères nous montre les phénomènes de collapsus pour ainsi dire isolés en présence de leur cause. L'hypothermie, la dépression vitale n'est pas liée à la souffrance du péritoine; elle n'est pas, comme le voudrait M. Verneuil, le symptôme d'une congestion rénale ou pulmonaire, qui chez notre malade faisait défaut. Elle est donc en relation directe avec la compression nerveuse de l'intestin, qui agit sur les centres et suspend ainsi tous les actes nutritifs. Dans l'étranglement herniaire, on meurt souvent de péritonite, mais on meurt aussi d'étranglement, sans un mot de plus. L'algidité, c'est l'étranglement.

Messieurs, si vous adoptez les idées qui précèdent, vous arriverez vite à faire bon marché de certaines opérations qui, pour être classiques, n'en sont pas moins irrationnelles. Que faisaient les chirurgiens, et que font-ils souvent encore, dans les kélotomies tardives où ils se trouvent en présence d'un intestin malade et qu'on ne peut réduire? Délivrer l'intestin par le débridement, c'est le point essentiel; mais pourquoi l'ouvrir largement et faire d'emblée l'anus contre nature? Cette pratique répond à l'idée fausse qu'il est important de rétablir au plus vite la circulation des matières. En agissant ainsi, on croit aller au plus pressé; on pense avoir tout fait, parce qu'on a supprimé la rétention et prévenu la péritonite. Et cependant, le pronostic de l'anus contre nature à la suite de la kélotomie est très sombre. Les malades meurent le plus souvent, parce que la compression des parois intestinales a duré trop longtemps, et qu'après le débridement ses effets continuent; ils meurent, alors même que toute propagation inflammatoire au péritoine a été conjurée; ils meurent par action réflexe, dans le collapsus et l'algidité qui accompagnent fatalement la gangrène de l'intestin, c'est-à-dire l'étranglement prolongé. Que faut-il en déduire pour notre conduite? Si le sphacèle de toute la paroi est confirmé, si une large perforation est imminente, le coup de bistouri n'a pas grand inconvénient; mais pour peu qu'il y ait doute sur l'étendue de la gangrène et des parties qui seront éliminées, il vaut mieux livrer l'intestin à lui-même, le laisser dans la plaie sans y toucher, faire en un mot, à l'instar de quelques chirurgiens modernes, parmi lesquels je tiens à prendre place, la *kélotomie sans réduction*. En admettant que le malade puisse guérir, le débridement y suffira; que la circulation des matières tarde ou non à se rétablir à travers l'anneau

élargi, vous verrez les symptômes généraux s'amender. Et non seulement vous aurez évité de poursuivre une chimère en blessant inutilement l'intestin, mais vous pourrez, de votre abstention, tirer un gros bénéfice : dans certains cas, vous verrez les portions douteuses de la paroi intestinale continuer à vivre, la perforation tarder quelques jours, puis se faire en un point limité, en même temps que la plaie se rétrécit, bourgeonne et refoule peu à peu l'intestin : bref, au lieu d'un anus contre nature, vous n'aurez qu'une simple fistule, c'est-à-dire une infirmité moins sérieuse et plus facile à guérir.

Une autre opération mal inspirée, c'est l'entérotomie inguinale dans l'étranglement interne. L'anus contre nature, appliqué aux diverses formes de l'occlusion intestinale, sauve les malades aussi rarement qu'après la kélotomie; et vous le comprenez maintenant sans que j'aie besoin d'y insister. Elle donne issue aux matières, dont la rétention n'est pas la cause des phénomènes graves et pressants; elle ne fait donc rien qui vaille. Le pronostic dépend de l'occlusion elle-même et de la lésion qui la produit : si l'intestin est soumis à une compression permanente, la mort arrive par le fait des lésions mécaniques ou de la dépression nerveuse; si l'obstacle est levé, mais trop tard, le collapsus et l'algidité conduisent au même résultat; si l'anse intestinale se dégage en temps utile, le malade est sauvé. Mais, quoi qu'il arrive, la débâcle tant désirée ne joue aucun rôle. Je me trompe, elle agit quelquefois d'une manière inattendue : en vidant l'abdomen, elle modifie les rapports et les mouvements de l'intestin, et peut ainsi, en déplaçant les organes, libérer une anse compromise. Mais c'est là un résultat fort précaire, et il faut louer les chirurgiens modernes qui, donnant la préférence à une opération plus rationnelle, ouvrent l'abdomen pour chercher l'intestin malade et traiter directement la lésion.

Messieurs, si j'ai longuement discuté devant vous la nature et le pronostic de l'étranglement herniaire, c'était pour en venir à une conclusion pratique et vous répéter une fois de plus des conseils que vous ne devez jamais oublier. Rappelez-vous donc bien, pour éviter les fautes, que, dans cette histoire pathologique, il y a un fait qui domine tout : la durée de l'étranglement. La gravité des accidents que vous aurez à combattre n'a pas de cause plus immédiate et plus certaine. Les lésions mécaniques de l'intestin surviennent en très peu de jours, quelquefois même en très peu d'heures; et c'est déjà un motif suffisant pour se hâter d'intervenir. Cependant, les faits que je vous ai racontés démontrent que certains étranglements peuvent épargner longtemps la paroi intestinale. Mais ce qui ne manquera jamais, si vous temporisez au lieu d'agir, c'est le retentissement nerveux, la dépression, l'algidité, qui rendront vaine l'opération la mieux faite et la plus heureuse en apparence. Aussi devez-vous être imbus de ce principe, qu'il faut opérer de bonne heure, n'user du taxis qu'avec une extrême réserve, et rejeter pour ainsi dire comme des crimes tous les procédés au moyen desquelles beaucoup de praticiens cherchent aujourd'hui même à éluder la kélotomie. Manipulations diverses, piqûres de morphine sont vantées dans les journaux; on publie des observations qui entretiennent l'erreur et ne sont que de mauvais exemples. Gardez-vous, Messieurs, d'une aussi funeste contagion.

Ces tentatives malheureuses ont, il est vrai, des circonstances atténuantes. A la campagne, sans outillage et sans aides, quelquefois sans autorité sur un malade récalcitrant, le médecin peut se trouver réduit aux expédients et aux demi-mesures. J'en conviens; mais qu'il soit bien entendu qu'on use des expédients quand on ne peut pas mieux faire, et que, pratiquée à temps suivant des règles précises, la kélotomie est toujours bénigne. Les moyens dilatoires peuvent donner quelques succès par hasard; mais on compte par centaines les revers dont ils sont responsables.

CORRESPONDANCE

TRAVAUX EXÉCUTÉS DANS L'ÉTABLISSEMENT THERMAL DU MONT-DORE.

A mon arrivée au Mont-Dore, j'ai constaté avec une grande satisfaction les améliorations qui ont été introduites dans cette importante station thermale par l'habile concessionnaire. J'en dois un succinct aperçu aux lecteurs de *l'Union médicale*. Jusqu'à présent, on avait beaucoup trop négligé l'élégance, et j'oserai même dire la propreté, dans l'établissement montdorien. L'appropriation de cet établissement, en réalité insuffisante, avait donné lieu à des reproches, qui étaient en grande partie fondés. Désormais, ces reproches n'auront plus de raison d'être.

Dans la Grande-Salle, on a annexé aux cabinets de bain des cabinets de toilette confortablement et élégamment meublés, dans lesquels les vêtements des baigneurs seront à l'abri de la vapeur et des éclaboussures des douches; les murailles ont reçu un revêtement en marbre dans une hauteur de plus de 2 mètres; et sur le sol on a posé un caillebottis avec tapis, qui garantira les pieds des malades contre l'humidité et contre tout refroidissement.

Dans tous les autres cabinets de bain, les murs, stuqués dans une hauteur de 2 mètres, sont fraîchement peints, et le sol est recouvert, comme dans la Grande-Salle, du caillebottis protecteur.

Le grand escalier a été orné de peintures élégantes.

Mais ce qui excitera surtout la reconnaissance des personnes qui fréquentent le Mont-Dore pour leur santé, c'est la disposition suivante : la galerie située au rez-de-chaussée de l'établissement, où sont les buvettes, et où les malades vont boire l'eau minérale et faire les cent pas après avoir bu, était exposée à toutes les influences pernicieuses de l'atmosphère; on a placé au-dessus du trottoir parallèle à cette galerie, le couvrant dans toute sa longueur et dans toute sa largeur, et munie de stores, une marquise qui mettra les buveurs d'eau minérale à l'abri du vent, de la pluie et de l'ardeur du soleil.

Je dois ajouter que l'éclairage au gaz a été établi au Mont-Dore, et en particulier dans l'établissement thermal.

Il importait, dans l'intérêt des malades, de faire connaître ces améliorations intelligentes, qui rendront plus agréable et plus utile le séjour de la station montdorienne, embellie déjà par la remarquable salle de spectacle, qui a été inaugurée l'été dernier.

Le médecin inspecteur,

G. Richelot père.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des journaux italiens.

Il existait déjà dix-sept observations dans la science prouvant que les injections intra-pulmonaires de liquides médicamenteux n'offraient pas de dangers et pouvaient être utiles. M. le professeur E. Maragliano a ajouté à ce nombre un nouveau fait dont voici le résumé : Un jeune paysan de 26 ans fait une chute sur le côté droit dans un fossé bourbeux, où il reste deux heures privé de connaissance. Aussitôt revenu à lui il survient une hémoptysie, la fièvre s'allume, l'expectoration devient purulente et le malade commence à maigrir et à perdre ses forces. Il est bon de noter qu'il n'y a aucun antécédent suspect chez ce malade, qui avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'au moment de son accident. Bref, six mois se passent et le malade est obligé d'entrer à l'hôpital. On constate une pneumonie chronique avec excavation à la base du poumon droit. Toutes les médications ayant échoué, M. le professeur Maragliano se décide à injecter *loco dolenti*, au travers des parois thoraciques, 1 gramme de nitrate d'argent dissous dans 25 grammes d'eau distillée. La douleur fut des plus vives pendant deux heures, puis disparut peu à peu ; le pouls et la température tombèrent aussitôt ; l'expectoration augmenta pendant quelques jours, mais ne tarda pas à diminuer progressivement en reprenant ses caractères normaux.

Un an après, M. le professeur Maragliano constatait à l'auscultation la cicatrisation de la caverne par une néo-formation conjonctivale, qui avait produit une sclérose pulmonaire. C'est le premier fait relaté dans les journaux italiens; peut-être ouvrira-t-il une ère nouvelle au traitement si désespérant du dernier degré de la phthisie. (*Italia medica*, février 1883 et *Gaz. med. ital. prov. Venete*, mars 1883, n° 10.)

— Le 29 avril dernier, M. le professeur Porro a pratiqué, dans son service de la Maternité de Milan, sa quarantième ovariotomie. La veille, l'habile opérateur avait fait l'amputation utéro-ovarienne avec taille césarienne sur une rachitique. Les deux opérées ont guéri.

— M. le professeur Calderini a présenté le 19 février, aux auditeurs de sa clinique obstétricale, la malade à laquelle il avait enlevé l'utérus par le vagin; le résultat ne laissait rien à désirer. (*Gaz. degli ospitali*, n° 19.)

— *La première néphrectomie à Naples* (In : Supplément de la *Gaz. degl. ospit.*, n° 1, février 1883.)

M. le professeur A. d'Antona a exécuté avec succès cette grave opération. C'est le quarante-cinquième cas consigné dans la science depuis treize ans; encore, sur ce chiffre total, y a-t-il eu 9 opérations faites par erreur de diagnostic. Sur les 36 néphrectomies réelles, 21 se terminèrent par la guérison et 15 par la mort. Des 21 cas guéris, 7 furent opérés par la méthode intrapéritonéale et 14 par l'incision lombaire. Parmi les 15 cas malheureux, 8 avaient été traités par la méthode intrapéritonéale et 7 par l'autre procédé. En somme, la moyenne des succès est de 67 p. 100, chiffre qui a bien quelque valeur.

Le chirurgien napolitain fit une incision légèrement incurvée, partant de la crête iliaque à la marge inférieure de la dixième côte; la onzième côte gauche avait été réséquée sur le trajet de l'incision afin d'agrandir le champ opératoire. Le rein était transformé en une cavité remplie de pus, il fut attiré au dehors et sectionné. Les suites furent des plus simples, l'opéré guérit sans difficulté.

— Une troisième divulsion pylorique a été faite par M. le professeur Loreta. Le malade est mort trente-six heures après l'opération dans le collapsus. Il était du reste dans un état déplorable quand le chirurgien lui a offert cette dernière chance de salut.

— M. le professeur Semmola (*Rivista clinica e terap.*, 1883, n° 2, et l'*Imparziale*, n° 7, avril 1883) recommande l'usage de la glycérine dans les maladies inflammatoires, sous la formule suivante :

Glycérine très pure	30	grammes.
Acide citrique ou tartrique	2	—
Aqua fontis	500	—

Une ou deux cuillerées toutes les heures.

Sous l'influence de cette médication, l'urée émise en vingt-quatre heures diminue de 6 à 7 grammes.

— *Il Morgagni*, fascicule de février 1882, publie une lettre de M. le docteur Raimondo Feletti (de Bologne) à M. le professeur Francesco Vizioli (de Naples), dans laquelle notre confrère défend les heureux effets qu'il a obtenus dans les crises hystéro-épileptiques par l'emploi des sinapismes, ou des courants électriques employés comme irritants cutanés. Sous l'influence de ces moyens, les accès diminueraient d'intensité et de durée.

— Élongation du nerf sciatique pour une névralgie rebelle à tous les traitements; guérison, par M. le docteur Fioranni Giovanni, de Lodi. (*Annali univers. di medicina e chirurg.*, février 1883.)

Également du même chirurgien, une résection totale du genou gauche suivie de succès. M. le docteur Fioranni recommande l'appareil suivant pour maintenir dans une position convenable le membre opéré : c'est, réduit à sa plus simple expression, une longue attelle postérieure en bois étendue du calcanéum à l'ischion; un peu au-dessous du creux poplité est fixée une lame de zinc longue d'une vingtaine de centimètres et d'une largeur suffisante pour recouvrir le membre; un peu au-dessus du genou, une autre lame pour maintenir la cuisse. C'est donc une sorte d'appareil inamovible fenêtré qui offre cet avantage, non seulement de maintenir parfaitement les parties blessées, mais aussi de permettre une excessive propreté dans les pansements.

— *Ostéoclasie des cals vicieux.* — Résumé des observations de la pratique de M. le professeur Toscano, par M. le docteur Zappala Carmelo. (In *Il Raccoglitore*, fasc. du 28 février et 10 mars 1883.)

M. le professeur D'Ambrosio préfère au redressement manuel des cals vicieux l'emploi de l'ostéoclaste de Rizzoli, et publie à cet effet une observation intéressante. (*Il Movimento med. chir.*, fac. 8 et 9.)

— M. le docteur Raimond Féléti, aide de clinique de M. le professeur Murri (*Rivista cli-*

nica, 1882), a découvert, dans le sang d'un individu mort de la rage, des microcytes dans le sang et du pigment sanguin dans les reins. ce qui n'avait jamais été constaté jusqu'à présent.

D[r] G. Millot-Carpentier.

THÉRAPEUTIQUE

De la Papaïne

OU PEPSINE VÉGÉTALE TIRÉE DU CARICA PAPAYA.

La Papaïne est un suc laiteux extrait de la tige et des fruits verts du Carica papaya. Ce précieux végétal est originaire de l'Amérique du sud selon les uns, des îles Moluques suivant d'autres. Il se rencontre dans l'Inde, à l'île Maurice, à la Réunion, aux Antilles et dans toute l'Amérique du sud. Le suc qui découle du fruit vert du papayer et la graine même de cet arbre sont des vermifuges très efficaces. Mais ce qui rend surtout ce végétal digne d'attention, c'est que le suc extrait de son fruit, de ses feuilles et de son tronc contient une proportion considérable d'un principe analogue à la pepsine animale, et que MM. Wurtz et Bouchut ont appelé *pepsine végétale*. Ce suc exerce une action prodigieuse sur la fibre musculaire qu'il ramollit instantanément et fait entrer en digestion. Les émanations mêmes de l'arbre suffisent pour produire sur les chairs cet effet singulier, et dans les pays où le papayer est cultivé, les habitants suspendent dans les hautes branches les viandes qu'ils veulent attendrir.

On comprend aisément le parti que la science pouvait tirer de propriétés aussi merveilleuses. Des expériences de laboratoire furent instituées et donnèrent les résultats les plus surprenants. M. Wurtz, dans un rapport à l'Académie des sciences (séance du 15 novembre 1880), constate que *la Papaïne a dissout jusqu'à deux mille fois son poids de fibrine, opérant avec autant de rapidité et de régularité que la meilleure pepsine animale*. Du laboratoire, la Papaïne est passée dans la pratique, et des faits innombrables sont bientôt venus prouver que son action était certaine et constante, et par suite que son emploi allait permettre d'échapper aux sophistications dont la pepsine animale est trop souvent l'objet. MM. Wurtz et Bouchut ont reconnu que toute matière azotée, lait, viande, fibrine est digérée par le suc de papaya en quantité beaucoup plus forte que celle que peut dissoudre la pepsine que sécrète l'estomac, et qu'il présentait sur la pepsine cet avantage qu'il dissolvait la matière azotée aussi bien dans un milieu acide que neutre ou alcalin.

MM. Trouette et Perret, pharmaciens chimistes, se sont faits depuis quelques années les propagateurs de la Papaïne, et ils ont obtenu à l'Exposition de Melun de 1880, et à celle de Bordeaux en 1882, deux diplômes d'honneur pour les diverses préparations qu'ils ont présentées. Ils l'offrent aux médecins et au public sous cinq formes différentes : le sirop de Papaïne; le vin de Papaïne; l'élixir de Papaïne; les cachets, et enfin les dragées de Papaïne. Chacune de ces préparations trouve son emploi suivant l'âge, le tempérament, le goût du malade, mais leur effet constant peut être garanti à tous.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les cas dans lesquels la Papaïne doit être ordonnée; elle est appelée à remplacer la pepsine naturelle qui fait défaut et, par conséquent, est indiquée dans les gastralgies, dyspepsies, lientéries, gastrites et dans toutes les maladies qui ont pour cause un mauvais fonctionnement de l'estomac. Elle remédiera à tous ces troubles et ramènera la digestion à l'état normal avec plus de certitude, d'énergie et de constance que la pepsine animale, dont les effets sont parfois nuls en raison des mauvais éléments qui la composent. En effet, la pepsine animale peut être recueillie dans de bonnes conditions en pratiquant directement sur l'estomac de l'animal une fistule gastrique; mais on peut aussi se contenter de dissoudre quelques centigrammes de pepsine dans l'eau contenant de l'acide chlorhydrique, ou bien remplacer la pepsine par un fragment de la membrane stomacale d'un animal carnivore, ou par un morceau de la caillette d'un ruminant, ou encore par un peu de présure. Quelle garantie de semblables préparations peuvent-elles offrir, et comment supporteraient-elles la comparaison avec la pepsine végétale, toujours franche et rigoureusement dosée des propagateurs de la Papaïne?

D[r] Berthaud.

DU TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

La nature de la goutte n'est pas encore parfaitement déterminée; cependant on s'accorde aujourd'hui pour la regarder comme une affection générale qui tient à l'état du sang et aux affections calculeuses des voies urinaires. Sa cause réside dans une nourriture trop animalisée d'une part, et de l'autre dans une déperdition insuffisante. Le sang puise dans les aliments trop azotés un excès d'urée, et si les reins n'éliminent pas cet excès, l'acide urique donne lieu à la gravelle et à la diathèse goutteuse. Le travail et la fatigue, en activant la circulation et la respiration, diminuent la proportion de l'urée. De là cette conséquence que la goutte est la maladie des riches, c'est-à-dire de ceux qui peuvent se nourrir d'une manière trop succulente et qui ne trouvent pas dans un travail forcé la compensation à cet excès. Les femmes sont moins sujettes à la goutte que les hommes; le pourquoi de cette différence est bien difficile à trouver.

Toujours est-il que la goutte est une affection très douloureuse et qui produit parfois les accidents les plus graves. Elle peut être acquise ou héréditaire; dans le premier cas, elle ne se montre guère qu'à l'âge où la perspiration commence à diminuer; dans le second, elle apparaît souvent beaucoup plus tôt. L'invasion de la goutte est souvent précédée de troubles digestifs, de fourmillements et de crampes dans les membres; d'autres fois, elle a lieu brusquement. Presque toujours elle commence par les gros orteils, pour s'étendre promptement aux petites articulations et se fixer ensuite dans les grandes. L'attaque dure de sept à trente jours, et se compose de 4 ou 5 accès. A la suite de ces accès, il se forme dans les parties atteintes des noyaux ou concrétions qui sont essentiellement formés d'urate de soude et atteignent la grosseur d'une noisette et même d'une noix.

La goutte n'affecte pas toujours la forme aiguë ou régulière, elle est quelquefois chronique ou irrégulière. Dans cette forme, les douleurs articulaires sont généralement beaucoup moins vives; elles s'accompagnent de gonflements sans rougeur, et persistent, augmentent ou diminuent irrégulièrement, sans jamais présenter d'intermittences, ni par conséquent d'accès. Enfin, dans quelques cas, heureusement assez rares, les symptômes locaux disparaissent tout à coup et la goutte répercutée vers le cerveau, le cœur, l'estomac ou les poumons, y produit des accidents souvent mortels.

Cette terrible diathèse a été combattue par bien des moyens, et il s'en faut de beaucoup que le succès ait répondu aux efforts. Les moyens antiphlogistiques sont, la plupart du temps, sans efficacité; l'application de sangsues est inutile ou nuisible. Les purgatifs légers ont produit parfois de bons effets; encore n'en faut-il pas abuser sous peine de les voir bientôt devenir complètement inefficaces, ou bien d'affaiblir le malade outre mesure. Il existe cependant une préparation dont les bons effets ont été souvent constatés et que l'approbation des docteurs Alibert, Velpeau et Andral a consacrée depuis longtemps, c'est le sirop anti-goutteux de Boubée. Cette préparation, administrée au début d'un accès de goutte, en enraie immédiatement la marche et calme presque instantanément la douleur; elle procure au malade une transpiration modérée qui termine la crise sans aucun risque d'affaiblissement. Le sirop de Boubée est sudorifique, stimulant, légèrement purgatif, diurétique et antispasmodique. Par ces diverses qualités, il arrive promptement à placer le malade dans ces conditions de régularité fonctionnelle et de calme qui amènent d'abord le soulagement, et avec la persévérance, la guérison.

Le sirop de Boubée peut être pris pur, mêlé à une tisane de tilleul, ou en lavement; la dose est de 4 cuillerées à bouche à prendre en se couchant, trois heures après le dernier repas pendant la période des crises; ou de 2 cuillerées seulement pendant 4 jours chaque mois, pendant 3 mois, à titre de préservatif à la suite d'un accès.

D[r] E. Lasniée.

BIBLIOTHÈQUE

Microchimie végétale, par Poulsen. Traduit par Paul Lachmann. Paris, 1882. O. Doin.

Ce petit ouvrage a été présenté par l'auteur danois comme un guide à l'usage des étudiants. Ce livre a le mérite de combler un vide dans la bibliographie microbiologique française. Conçu et écrit au point de vue de la technique histologique, il contient dans un premier chapitre l'énumération et le mode d'emploi des réactifs microchimiques et, dans la seconde partie, la nomenclature des substances végétales, et l'exposé de leurs caractères phy-

siques et de leurs réactions. Enfin, dans un appendice, l'auteur fait connaître les divers modes de conservation des ojebts préparés. — L. D.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ŒSOPHAGITE. — BERHEIM.

Lorsque l'inflammation aiguë de l'œsophage résulte du séjour d'un corps étranger ou de l'action d'un agent caustique, on prescrit la diète liquide, les boissons mucilagineuses, le lait par petites quantités à la fois. Si la soif est intense ou qu'il se produise des vomissements opiniâtres, on fait prendre au malade de petits fragments de glace, et on lui recommande un silence absolu, les mouvements de la langue tendant à augmenter l'irritation œsophagienne. — Pour combattre la douleur, on administre l'opium ou la belladone, plutôt par voie hypodermique que par la bouche, on applique une vessie de glace sur le cou. Des sangsues sur la région enflammée, des bains tièdes prolongés sont quelquefois utiles. L'attouchement des parties malades avec une solution de tannin, d'alun ou de nitrate d'argent détermine rarement des résultats favorables. Quand on a réussi à calmer les symptômes inflammatoires, il est bon de pratiquer de temps en temps le cathétérisme de l'œsophage pendant 2 années, pour éviter le rétrécissement qui est souvent la suite de l'œsophagite. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale, médicale, ophthalmologique et des maladies du système nerveux s'ouvrira le lundi 9 juillet 1883, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination :

1° De deux chefs de clinique chirurgicale titulaires et de deux chefs adjoints; 2° de deux chefs de clinique médicale titulaires et de deux chefs adjoints; 3° d'un chef de clinique ophthalmologique titulaire et d'un chef adjoint; 4° d'un chef de clinique des maladies du système nerveux et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats à ces divers concours devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet 1883. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à troi heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de doctorat.

Seront admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

DE LA NATURE PARASITAIRE DE L'IMPALUDISME;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 28 avril 1882,

Par M. A. LAVERAN,

Médecin-major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Messieurs,

J'ai eu l'honneur d'envoyer à la Société médicale des hôpitaux, au mois de décembre 1880, une note dans laquelle je décrivais des éléments de nature parasitaire que j'avais rencontrés dans le sang des malades atteints d'impaludisme. Depuis cette époque, je n'ai pas cessé d'étudier ces éléments parasitaires, et je vous demande la permission de vous exposer les résultats auxquels je suis arrivé.

Un mot d'abord sur la manière dont j'ai été conduit à rechercher ces éléments dans le sang des malades atteints d'impaludisme.

A mon arrivée en Algérie en 1878, je me suis d'abord proposé pour but l'étude de l'anatomie pathologique des fièvres palustres, et personne, je pense, ne me démentira quand je dirai qu'à ce moment la question était encore fort obscure. On avait décrit, sans doute, les principales altérations qui se rencontrent à l'autopsie des sujets morts d'impaludisme aigu ou chronique, mais on ignorait quelle était la relation de ces altérations entre elles; on se demandait quelle était la nature des lésions de la rate; quelques observateurs des plus compétents pensaient que ce serait l'étude du système nerveux qui livrerait le secret des fièvres palustres; on savait, depuis Frerichs, que le sang des individus impaludés renfermait du pigment, mais on n'attribuait à cette altération du sang qu'une importance très secondaire.

L'examen histologique des viscères provenant des sujets morts de fièvre perni-

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON.

III

Hâtons-nous! les récompenses sont distribuées, ce qui enlève aux appréciations personnelles et sans prétention que je soumets au lecteur, la plus grande partie de leur imprévu. Le jury, cette année, n'a pas décerné de prix d'honneur, et cela confirme mon impression première, concernant la faiblesse relative de cette Exposition. J'ai parcouru rapidement la liste des médaillés. Ce n'est point mon affaire, et les noms propres m'importent peu. Ne venant que de loin en loin à Paris, ne visitant pas les ateliers, ne fréquentant aucune brasserie et ne lisant jamais les « Salons » de la grande Presse, je garde ainsi toute la spontanéité de mes jugements et j'échappe aux entraînements de la mode; mais je suppose que ces jugements doivent sembler parfois bien singuliers. Je m'y résigne, et, d'ailleurs, j'ignore, ou peu s'en faut, ce qu'on en pense. Plusieurs exposants de l'an passé, — de ceux dont j'avais fait l'éloge, naturellement, — ont eu la bonté de m'envoyer leur carte avec un mot de remercîment. J'en suis sincèrement touché; mais je n'ai trouvé que ces jours derniers, aux bureaux du journal, leurs témoignages de gratitude qui m'ont attendu paisiblement toute une année. Voilà comment je suis au courant. Je le dis en sincérité, mais je ne m'en vante pas.

A propos des décisions du jury, j'ai été étonné que le prix du Salon n'ait pas été accordé au

cieuse ou de cachexie palustre me montra bientôt que la seule lésion constante de l'impaludisme consistait en la présence d'éléments pigmentés dans le sang.

Chez les sujets morts de fièvre pernicieuse, ces éléments pigmentés se trouvent dans tous les organes, dans tous les tissus qui reçoivent des vaisseaux sanguins, et ils existent en si grande quantité dans le foie et dans la rate qu'ils donnent à ces viscères une teinte brunâtre absolument caractéristique.

La substance grise du cerveau et de la moelle épinière prend souvent aussi une teinte brunâtre qui s'explique par la présence dans les capillaires d'éléments pigmentés en très grand nombre.

Sur une coupe histologique du cerveau d'un individu mort de fièvre pernicieuse comateuse, on distingue dans tous les vaisseaux capillaires un grand nombre de grains pigmentés, arrondis, égaux entre eux, qui forment souvent un piqueté très régulier.

Dans la cachexie palustre, les éléments pigmentés ne se rencontrent guère que dans les petits vaisseaux de la rate et du foie; on observe, de plus, dans ces viscères les lésions de l'inflammation chronique.

Quelle était la nature de ces éléments pigmentés? Quelle était leur origine? Fallait-il accepter l'opinion classique qui faisait du pigment palustre un produit de l'altération des éléments normaux du sang? Pouvait-on admettre que les fièvres qui se développent sous l'influence de l'impaludisme ont la propriété de décomposer le sang, de déterminer la précipitation de granulations insolubles de pigment, tandis que rien de pareil ne s'observe dans d'autres maladies comme la fièvre typhoïde, la scarlatine, le rhumatisme articulaire, qui donnent lieu cependant à des ascensions thermiques au moins aussi élevées que l'impaludisme, et qui s'accompagnent d'une destruction aussi rapide des hématies?

Évidemment la théorie ancienne de la formation du pigment dans l'impaludisme n'était pas satisfaisante, et c'est ainsi que je fus conduit à rechercher comment les éléments pigmentés se produisaient dans le sang.

L'étude histologique du sang recueilli sur des malades atteints de fièvre palustre ne tarda pas à me montrer qu'à côté des leucocytes mélanifères et des grains pigmentés lisses dont l'existence avait été reconnue depuis Frerichs, il y avait d'autres éléments pigmentés dont la nature parasitaire ne semblait pas douteuse.

---

tableau de M. Rochegrosse : « L'enlèvement d'Astyanax (1). » Il y a, dans cette peinture, une fougue de jeunesse, un emportement, les marques violentes d'un tempérament de coloriste, un savoir très solide et des qualités de premier ordre. Tout cela méritait un encouragement exceptionnel. Ce n'est pas que cette trop grande scène de carnage me plaise en elle-même. Mais j'ai entendu dire que M. Rochegrosse était un tout jeune homme, et je ne veux voir dans son œuvre de cette année que l'effort considérable d'un artiste de valeur, impatient d'arriver au succès. L'interprétation hardie qu'il a donnée à un épisode de l'*Illiade* suscitera, — si ce n'est déjà fait, — des discussions aussi intéressantes qu'archaïques. Pour moi, l'aspect de ces personnages étranges m'a remis en mémoire les sauvages Ioways qui vinrent, il y a bien des années, se montrer à la salle Valentino avec leurs femmes et leurs enfants. Il est resté de cette exhibition deux souvenirs dans les arts. Une des femmes étant morte à Paris, on lui éleva un tombeau sur lequel Préault sculpta le médaillon du « Silence » dont on trouve partout des moulages, et qui a certainement un profond caractère. C'est, je crois, la seule chose qui restera de ce statuaire spirituel et insuffisant. L'autre souvenir appartient à la littérature. Mme Sand, fortement impressionnée par la beauté, la force, la dignité de ces représentants des races primitives, les compara aux héros d'Homère, et vanta la grâce et la chasteté de leurs femmes. M. Rochegrosse, trop jeune pour avoir vu les Ioways, aura lu sans doute les pages merveilleuses de Mme Sand, et, par une inversion toute naturelle, puisque les Ioways ressemblaient aux héros d'Homère, il a fait les héros d'Homère semblables à des sauvages.

Dans le même salon (Est) se voit une fort belle peinture de M. Renouf qui représente une

(1) Il l'a été. Je l'apprends aujourd'hui seulement par le *Journal officiel* et je ne change rien à ce qui est écrit.

Ces éléments pigmentés, qui ne se rencontrent que chez les individus atteints d'impaludisme, se présentent sous les aspects suivants :

Corps n° 1. — Éléments cylindriques, effilés à leurs extrémités, presque toujours incurvés en croissant; la longueur de ces corps est de 8 à 9 millièmes de millimètre, leur largeur de 3 millièmes de millimètre en moyenne; les contours sont indiqués par une ligne très fine; le corps est transparent, incolore, sauf vers la partie moyenne où il existe une tache noirâtre constituée par des granulations pigmentaires; on aperçoit souvent du côté de la concavité une ligne très fine qui semble relier les extrémités du croissant. Ces éléments ne paraissent pas doués de mouvement; ils ont parfois une forme ovalaire; les grains pigmentés se disposent alors en cercle plus ou moins régulier; lorsque l'ovale est très peu allongé, ces corps se rapprochent des suivants.

Corps n° 2. — Éléments sphériques, transparents, de diamètre variable, renfermant des grains pigmentés identiques à ceux qui existent dans les corps n° 1 et sur le cadavre. Les plus gros de ces éléments ont un diamètre un peu supérieur à celui des hématies, les plus petits ne mesurent que 1 à 2 millièmes de millimètre de diamètre et ne renferment quelquefois qu'un ou deux grains de pigment. Ceux de ces corps qui se rapprochent du volume des hématies présentent un aspect très variable suivant qu'ils sont à l'état *de repos* ou *de mouvement.*

A l'état de repos, les grains pigmentés dessinent souvent un cercle assez régulier ; le corps est incolore, transparent, limité par une ligne fine.

A l'état de mouvement, les grains pigmentés s'agitent très vivement dans l'intérieur de ces corps et, par suite, ils présentent une disposition très variable ; de plus on aperçoit souvent des filaments très fins qui s'insérent sur les bords de ces corps sphériques et qui sont animés de mouvements très vifs dans tous les sens. La longueur de ces filaments mobiles peut être évaluée à trois ou quatre fois le diamètre d'une hématie; leur nombre est assez variable; j'en ai compté souvent trois ou quatre autour d'un même corps sphérique auquel ils imprimaient un mouvement oscillatoire, en même temps qu'ils déplaçaient dans tous les sens les hématies voisines. A l'état de repos, les filaments ne sont pas visibles à cause de leur transparence parfaite. L'extrémité libre des filaments est légèrement renflée.

Au bout d'un certain temps les filaments mobiles se détachent des corps sphé-

---

barque de « Pilote », de grandeur naturelle, se portant au secours d'un navire en détresse, par une mer furieuse, également de grandeur naturelle. A quoi répondent les dimensions exagérées d'aussi vastes toiles? Veut-on reprendre la mode des exhibitions foraines? à l'exemple de Courbet qui, au début de sa carrière, courait la province en montrant au public, moyennant salaire, « Les Casseurs de pierres » et « L'Enterrement à Ornans » ; à l'exemple, dit-on, de Géricault, qui aurait gagné de l'argent avec le « Radeau de la Méduse » exposé en Angleterre; les peintres contemporains se proposent-ils de promener leurs œuvres de ville en ville? Cela n'est guère dans nos mœurs, mais je cherche à m'expliquer le développement énorme donné à des compositions de chevalet, et je n'arrive à rien de satisfaisant. Après tout, les intentions ne me regardent pas.

A côté de ce tableau est placée une scène archi-dramatique, et beaucoup trop noire, que l'auteur, M. Osbert, désigne par ces mots : « La dernière autopsie d'André Vésale. — En l'an 1563, André Vésale fut accusé d'avoir commencé l'autopsie d'un homme qui n'était qu'en léthargie. » En regardant cet ouvrage, je me suis souvenu d'un horrible cauchemar que me racontait cet hiver un des plus honorables et des plus instruits des médecins du midi de la France ; « Figurez-vous, me disait-il, avec l'accent provençal, que j'ai rêvé que je venais de perdre un de mes premiers clients. Comme je n'avais pas été d'accord avec le confrère appelé en consultation, je décide la famille à me laisser faire l'autopsie. Seul avec le cadavre, je commence mon incision. Il part un jet de sang! Coquine de Dious! il n'est pas mort, me dis-je, et, dans l'instant, je me vois perdu, déshonoré, ma réputation à tout jamais détruite. Ce jet de sang me tuait, on allait venir; je tremblais de tous mes membres et la sueur m'inondait. Il fallait prendre un parti : puisqu'on le croit mort, pensai-je, on ne se doutera de rien, et je me décide à lui piquer le bulbe... — Et? dis-je, voyant que le narrateur s'arrêtait tout

riques pigmentés ; ils deviennent libres et continuent à se mouvoir au milieu des hématies.

Les corps nº 2 de petit volume sont tantôt libres, tantôt accolés à des hématies. On trouve quelquefois trois ou quatre de ces corps accolés à une même hématie ; l'hématie parait se creuser pour recevoir ces corps; elle devient transparente à ce niveau, ce qui a pu faire croire que les corps nº 2 n'étaient autres que les hématies transformées et renfermant des grains pigmentés.

Les corps nº 2, indépendammment des mouvements très vifs des grains pigmentés et des filaments mobiles, présentent des mouvements lents, et des changements de forme qui rappellent complètement les mouvements amiboïdes. Ces mouvements s'observent à la température ordinaire, sans qu'il soit nécessaire de faire usage de la platine chauffante.

Sur les préparations de sang fixées par l'acide osmique, colorées par le picrocarmin et montées dans la glycérine, les corps nº 2 ne montrent pas de noyau coloré en rose vif, comme font les leucocytes, mais on distingue un double contour; dans les mêmes conditions les corps nº 1 montrent également un double contour.

Corps nº 3. — Eléments sphériques ou de forme irrégulière, transparents ou finement granuleux, de 8 à 10 millièmes de millimètre de diamètre, renfermant des grains pigmentés qui tantôt sont disposés assez régulièrement à la périphérie, tantôt s'agglomèrent soit au centre, soit sur un point périphérique. Ces corps sont immobiles.

Si on observe un corps nº 2 renfermant des grains pigmentés mobiles et muni de filaments mobiles jusqu'au moment où les mouvements cessent (dans des conditions favorables, ces mouvements peuvent persister pendant plusieurs heures), on constate que ce corps prend alors l'aspect des éléments décrits ci-dessus, d'où l'on peut conclure que les corps nº 3 ne sont que les formes cadavériques des corps nº 2.

Les corps nº 3 n'ont pas de noyau et se colorent difficilement par le carmin, ce qui permet de les distinguer des leucocytes mélanifères qui se rencontrent souvent aussi dans le sang des malades atteints de fièvre palustre.

On trouve encore dans le sang de ces malades des grains pigmentés libres qui paraissent provenir de la destruction des corps nº 3; les leucocytes s'emparent

---

pâle de terreur. — Et, reprit-il, comme j'assurais le scalpel dans ma main mouillée et que je soulevais la tête de mon faux mort, il me prit un battement de cœur formidable, et... je me réveillai en criant. » Il était temps, dis-je, et tous deux nous partîmes d'un grand éclat de rire. Jamais l'idée de piquer le bulbe ne fut venu au rêveur si le pseudo-cadavre s'était convulsionné d'une façon aussi démoniaque que celui de M. Osbert. N'importe, ce sont là de terribles aventures auxquelles on ne peut songer sans frémir, et dont Sterne et l'abbé Prévost, ces charmants esprits, ont été, paraît-il, les lamentables victimes.

Dans la même salle, M. Scherrer expose « La Capitulation de Verdun », L'artiste a choisi le moment où les débris du détachement qui avait défendu la ville, sortent emportant le corps du commandant Beaurepaire qui avait préféré se donner la mort plutôt que de signer la reddition de la place. L'armée allemande, ayant à sa tête le duc de Brunswick, rend les honneurs militaires à ces héroïques combattants. C'est une grande scène, sagement composée et dont le sujet, après tout, fait le principal mérite.

Nous n'en dirons pas autant d'une toile voisine, signée de Lionel Roger, et qui nous montre Mme Rolland sur l'échafaud. Ici le sujet est aussi mal choisi que mal rendu. La courageuse girondine ne ressemble à aucun des portraits d'elle que nous connaissons, et moins encore, si c'est possible, au portrait qu'elle a tracé d'elle-même, et dans lequel elle nous apprend qu'elle avait « la poitrine superbement meublée. » Rien n'est vrai dans ce tableau, pas même la guillotine qui est à l'envers. Cherchons autre chose.

Cl. Suty.

assez rapidement de ces grains libres, comme ils font de toute matière pulvérulente introduite dans le sang.

Le procédé d'examen du sang est très simple; il suffit de piquer le doigt du malade et de faire une préparation de sang pur; il est bon de border à la paraffine afin d'empêcher le dessèchement.

Les éléments pigmentés sont souvent rares dans le sang, ce qui rend leur recherche laborieuse, sinon difficile.

En général, les mouvements des filaments s'arrêtent au moment où on commence l'examen, probablement sous l'influence du refroidissement, et souvent ils ne reparaissent que 20 ou 30 minutes après que la préparation a été faite; c'est là une des circonstances qui expliquent pourquoi les filaments mobiles ont échappé jusqu'ici à l'attention des observateurs.

Un grossissement de 400 à 500 diamètres suffit pour voir très nettement tous les détails des corps n° 1, n° 2 et n° 3.

Mes recherches commencées à Constantine au mois d'octobre 1880 ont été continuées sans interruption jusqu'au mois de mars 1882; elles portent donc sur une période de 18 mois consécutifs, pendant lesquels j'ai pu observer toutes les formes de l'impaludisme.

J'ai recueilli les observations de 228 malades atteints d'impaludisme et, sur ces 228 malades, j'ai constaté 184 fois l'existence des éléments pigmentés décrits plus haut. Le chiffre des résultats négatifs, qui est de 44 sur 228, paraît assez élevé au premier abord, mais la plupart des observations négatives ont été recueillies au début de ces études, alors que je ne savais pas exactement dans quelles conditions il fallait se placer pour trouver les éléments pigmentés du sang. La plupart des malades qui ont fourni ces observations négatives avaient pris du sulfate de quinine au moment où j'ai procédé à l'examen du sang, et j'ai reconnu depuis que la médication quinique faisait disparaître rapidement les éléments pigmentés; d'autres étaient atteints de cachexie palustre, mais n'avaient pas eu d'accès de fièvre depuis longtemps, et j'ai constaté également que dans ces conditions les éléments pigmentés ne se trouvaient que rarement dans le sang provenant d'une piqûre du doigt. L'anatomie pathologique démontre que dans la cachexie palustre les éléments pigmentés ne se trouvent que dans les petits vaisseaux de la rate ou du foie.

J'ai noté comme faits négatifs ceux dans lesquels je n'ai constaté que la présence des leucocytes mélanifères; ces éléments sont cependant très caractéristiques, puisque le pigment dont ils sont chargés provient vraisemblablement des corps n° 1, n° 2 et n° 3.

Mes recherches ont porté sur toutes les formes classiques de l'impaludisme : fièvre intermittente de première invasion ou de récidive, des types quotidiens tierce ou quarte; fièvre continue, palustre, légère ou grave; fièvres palustres compliquées d'accidents pernicieux; cachexie palustre.

C'est un peu avant les accès fébriles et pendant ces accès qu'on a le plus de chances de rencontrer les éléments pigmentés avec leurs formes les plus caractéristiques.

48 fois l'examen du sang a été fait quelques heures avant un accès de fièvre, et, dans tous ces cas, l'existence des éléments pigmentés a été constatée.

95 fois l'examen du sang a été fait pendant les paroxysmes fébriles; 12 fois seulement l'examen a été négatif; encore dans ces faits négatifs trouve-t-on souvent signalée l'existence de leucocytes mélanifères.

82 fois l'examen du sang a été fait quelques heures après un accès, 11 fois il a été négatif.

La présence des corps n° 2 renfermant des grains pigmentés mobiles ou munis de filaments mobiles, et celle des filaments mobiles libres, a été notée très souvent dans les examens faits un peu avant les accès de fièvre ou au début de ces accès; après les accès, il est plus rare de constater l'existence de ces éléments, on ne trouve plus guère que des corps n° 2 immobiles, n° 3, ou des leucocytes mélanifères, surtout si le malade a pris du sulfate de quinine.

Les corps n° 1 se rencontrent souvent dans l'intervalle des accès, et ils persistent parfois assez longtemps dans le sang alors même que le malade a été soumis à la médication quinique.

(La fin à un prochain numéro.)

RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 24 mars 1883 (1),

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

Octobre, Novembre et Décembre.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Millard : « *Fièvre typhoïde.* — Sur 109 typhoïdiques traités pendant le quatrième trimestre de 1882, il y a eu 22 décès (15 hommes et 7 femmes), soit près de 21 p. 100 (20,18 p. 100).

Ces 22 décès peuvent être ainsi décomposés :

6 cas avec adynamie et hyperthermie, dont 2 traités par le sulfate de quinine à haute dose (2 gr. par jour); dans un de ces 2 cas, il y a eu mort subite le vingt et unième jour de la maladie, le quatrième jour de l'administration du sel quinique.

4 cas avec adynamie et hyperthermie et complications thoraciques graves (pneumonie droite, bronchite intense, emphysème, pleuro-pneumonie droite, etc.)

4 cas avec adynamie et hyperthermie et complication d'hémorrhagie intestinale.

1 cas de péritonite par perforation précédée d'abondantes entérorrhagies.

1 cas de péritonite aiguë sans perforation (jeune homme de 18 ans, malade depuis deux mois, non traité en ville et mort quarante-huit heures après son entrée).

2 cas avec ataxie, délire d'une violence exceptionnelle et hyperthermie.

1 cas avec adynamie profonde et accidents cholériformes.

1 cas de gangrène pulmonaire survenu le quinzième jour de la maladie.

1 cas avec accidents ataxo-adynamiques, embolies capillaires du poumon et infarctus de la rate.

1 cas avec délire alcoolique, vaste eschare et décollement de la région sacrée et phlegmon suppuré de la région deltoïdienne gauche.

De ces 22 sujets décédés, le plus jeune avait 16 ans, le plus âgé 54 ans. Il est à remarquer du reste que ce dernier cas est le seul que nous ayons observé au-dessus de 50 ans. Tous nos autres malades avaient moins de 44 ans. Il semble donc que l'épidémie que nous venons de traverser ait exclusivement frappé les sujets jeunes et adultes.

Nous avons encore noté dans ce trimestre, comme dans le précédent, plusieurs cas de récidive (4 hommes et 1 femme) qui paraissent authentiques, si on s'en rapporte aux renseignements fournis par les malades; l'un d'eux, à forme thoracique des plus caractérisées, s'est terminé par la mort.

Parmi les complications que nous avons observées, nous signalerons en première ligne l'*albuminurie*; elle a été constatée dans près de la moitié des cas (46 fois), tantôt légère et fugace, tantôt abondante et tenace; elle n'a presque jamais fait défaut dans les cas graves.

Nous avons relevé 12 *cas d'hémorrhagie intestinale* (7 hommes et 5 femmes). Contrairement à ce qu'ont prétendu plusieurs auteurs, cet accident, qui s'est présenté aux époques les plus variables de la maladie, ne nous a jamais paru exercer qu'une influence défavorable sur l'état des malades.

Sur ces 12 cas, il y a eu 5 décès (3 hommes et 2 femmes) qui prêtent aux remarques suivantes : dans 1 cas, la mort est survenne par l'abondance de l'hémorrhagie avec complication d'épistaxis et même d'otorrhagie (c'était une véritable forme hémorrhagique); dans les 4 autres cas, l'entérorrhagie a été compliquée des accidents graves suivants : 1 homme, adynamie profonde, pleurésie gauche purulente, eschare du sacrum, infarctus rénaux.

1 femme. Eschare étendue et profonde de la région sacrée. Erysipèle de la région dorsale, etc.

1 femme (54 ans). Stupeur. Adynamie. Longue durée de la maladie. Rechute. Cystite purulente. Dégénérescence graisseuse des principaux viscères.

1 homme. Hémorrhagie intestinale. Pseudo-convalescence. Rechute. Retour de l'hémorrhagie intestinale, bientôt suivie de péritonite par perforation.

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 mai.

Ce *cas de perforation* est le seul que nous ayons observé dans le cours de l'épidémie actuelle. Nous avons perdu un autre malade de péritonite, mais il n'avait pas de perforation; il était atteint depuis deux mois d'une fièvre typhoïde méconnue et non traitée et nous est arrivé avec une diarrhée abondante, compliquée de péritonite généralisée et suppurée, et due à de nombreuses ulcérations des plaques de Peyer.

Je noterai aussi les très nombreux exemples de *gangrènes cutanées* que nous avons observées, soit aux trochanters, soit surtout aux régions sacrées (ecthyma gangréneux pemphigoïde, eschares superficielles, phlegmons gangréneux profonds, sous-cutanés, à marche insidieuse, avec décollements prétendus, et qui ont réclamé de larges incisions et des pansements phéniqués prolongés). Une de nos malades, sortie récemment, a été retenue cinq mois entiers à l'hôpital pour une complication de ce genre.

Je rapprocherai de ces cas de gangrènes externes le cas unique de *gangrène pulmonaire*, que j'ai signalé plus haut et dont le début a été comparable à celui d'une pneumonie. Je me propose d'en faire l'objet d'une communication spéciale.

Je dois une mention particulière à une terminaison grave et exceptionnelle que nous avons constatée chez une jeune fille de 19 ans, originaire de Russie, entrée dans nos salles le 22 août, au huitième jour d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique des plus graves. Elle sembla entrer en convalescence vers la fin de septembre, puis eut une rechute plus sérieuse encore que la première attaque (hyperthermie, ataxie, accès épileptiformes, etc.), et finalement, après la chute de la fièvre au soixantième jour, tomba dans un état de délire violent et continu, compliqué de tremblements, d'atrophie musculaire, surtout marquée aux extrémités (équinisme, déformation des mains en forme de griffes), troubles trophiques (eschares des talons) et dut être transférée à l'asile Sainte-Anne, le 4 décembre, cent dix jours environ après le début de la maladie.

Enfin, nous avons observé un cas unique de *diphthérie* chez une jeune femme de 25 ans, arrivée au dix-neuvième jour de la fièvre typhoïde. Après avoir guéri assez rapidement de son angine, elle éprouva quinze jours plus tard des accès de dyspnée avec menaces de suffocation. Une nuit, elle faillit être trachéotomisée par l'interne de garde, et à la visite, le lendemain, elle était encore dans un état d'asphyxie imminente, sans que la cause réelle de ces accidents pût être facilement établie. Toutefois, mon collègue Guyot et moi, nous fûmes d'accord pour admettre que l'obstacle devait siéger plus bas que le larynx et la trachée et pour rejeter toute intervention chirurgicale. Je fis administrer sur-le-champ un vomitif énergique qui provoqua l'expulsion de quelques crachats opaques, très épais, logés sans doute dans des ramifications bronchiques éloignées, et amena une guérison pour ainsi dire instantanée. Avant la fin de la visite, la malade était soulagée et hors de danger, et nous fûmes conduits à penser qu'une paralysie bronchique, consécutive à la diphthérie, avait été la cause des accidents. La guérison fut complète au bout de quelques jours.

Quant au *muguet*, sa fréquence m'a paru beaucoup moins grande et ses inconvénients moins marqués qu'à la plupart de mes collègues. Des collutoires boratés et des gargarismes à l'eau de Vichy en ont toujours eu facilement raison.

Hôpital Cochin. — Service de M. Moizard : « Entrées, 120 malades, tous hommes; sortis guéris, 96; morts, 13. En traitement du premier janvier, 11. La proportion des décès est de 11,09 p. 100.

Sur ce nombre, 1 malade est entré mourant dans le service; 6 sont morts de péritonite (1 par propagation, 5 par perforation).

Ces cas, relativement très nombreux de péritonite, m'ont vivement frappé, et j'ai pensé qu'ils étaient dus à des imprudences commises par des malades, en raison d'un surveillance forcément insuffisante, en raison du personnel trop peu nombreux; une sœur pour 60 malades, un infirmier par salle et 30 malades.

Je dois dire cependant que, pour 2 de ces malades seulement, l'autopsie a démontré nettement la cause de la perforation : ingestion d'une quantité considérable de raisins dont les pépins ont été trouvés dans le péritoine. Le traitement a consisté simplement à suivre les indications présentées par chaque malade.

Je n'ai donné ni sulfate de quinine à hautes doses ni acide phénique à l'intérieur. L'extrait de quinquina, les lotions froides, le rhum, les injections sous-cutanées d'éther dans les formes adynamiques; dans les formes hyperthermiques, j'ai prescrit l'acide salicylique, sans grand succes je dois le dire, et j'ai été étonné des résultats peu appréciables obtenus par des doses de cinq et six grammes, relativement aux abaissements considérables de la température signalés sous l'influence du médicament.

Somme toute, si on faisait abstraction des morts par péritonite, et des malades entrés dans le service pour y mourir après quelques heures de séjour, on trouverait 6 décès sur 109 ma-

lades jusqu'au 1er janvier; et si je fais cette remarque, c'est, d'une part, que mes 6 décès par péritonite sont le fait d'accidents en rien imputable au traitement suivi, et, d'autre part, que j'ai tenu à ne pas prescrire le médicament hypothermique actuellement en vogue. Les résultats obtenus dans mon service me semblent prouver, tout au moins, que conformément à l'opinion de M. le professeur Vulpian, les agents de cette médication ne s'adressent qu'à un des éléments de la maladie sans influer sur une issue définitive. »

HÔPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, service de M. du Cazal. — « Du 20 août, jour où j'ai pris le service, au 12 novembre, jour où je l'ai quitté, il est entré 157 malades dans mes salles. La seule maladie épidémique que j'y ai observée a été la fièvre typhoïde : j'en ai eu 65 cas. Sur ce nombre, il y a eu deux infirmiers et un de mes internes; celui d'un homme qui était en observation à l'hôpital pour épilepsie et qui a eu une fièvre typhoïde très grave. Ces 65 cas ont donné 5 décès.

Le plus grand nombre des malades est entré à l'hôpital pendant le mois de septembre et la première quinzaine d'octobre. Après le 15 octobre, le nombre des entrées s'est beaucoup ralenti, mais la maladie prenait un caractère de gravité plus grande : la première moitié de l'épidémie a été caractérisée, d'après ce que j'ai vu, par un plus grand nombre d'atteintes: la seconde moitié par des atteintes plus graves.

Les complications de la maladie et surtout de la convalescence ont été nombreuses. J'ai eu deux malades atteints de *pneumonie*; tous deux comptent parmi les décès; aucun n'avait pris de bains froids, bien que j'aie employé ceux-ci dans un assez grand nombre de cas.

J'ai perdu deux malades d'*hémorrhagie intestinale* foudroyante; il m'a semblé que, d'une façon générale, les hémorrhagies intestinales avaient été plus fréquentes que dans les années précédentes.

Je n'ai pas observé de diphthérite, mais deux fois seulement du *muguet*, qui a disparu à la suite de quelques nettoyages de la bouche à l'eau de Vichy.

Pendant la convalescence, j'ai observé un grand nombre d'*otites* suppurées; un de mes malades a présenté au cours de sa maladie deux complications assez rares, je crois : d'une part, une *irido-choroïdite* purulente, qui, en quelques jours, a entraîné la perte complète et définitive de la vue; et, d'autre part, une *uréthrite avec épididymite*, qui a guéri spontanément, en même temps que la fièvre typhoïde. Le malade n'avait jamais eu d'uréthrite auparavant. »

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Labric (salle Saint-Jean), du 1er octobre au 31 décembre 1882 :

« Restaient du trimestre précédent, 49. Reçus du 1er octobre au 31 décembre, 81; décès, 9; sorties, 102; restent au 31 décembre, 19.

Parmi les 9 décès : 4 morts par broncho-pneumonie; 1 par perforation intestinale; 1 par hémorrhagie intestinale; 1 avec purpura hemorrhagica; 2 par accidents méningés. »

Si nous cherchons, en terminant ce rapport, à établir ce que l'on pourrait appeler le bilan sanitaire de l'année qui vient de s'écouler, nous voyons que la plupart des maladies contagieuses épidémiques, variole, rougeole, scarlatine, diphthérie, ont été d'une rareté et d'une bénignité plus grandes que dans les précédentes années; mais la fièvre typhoïde est devenue notre grande épidémique; pendant les six derniers mois de l'année 1883, elle a frappé un nombre considérable de sujets, et, malgré sa bénignité relative, a figuré pour une très grande part dans le chiffre de la mortalité.

Les allures ont du reste varié avec les différentes périodes de l'année : pendant le troisième trimestre, les accidents pharyngés et pulmonaires avaient donné dans nombre de cas à la maladie une physionomie spéciale; le premiers sont même devenus, dans le sein de notre Société l'objet, d'une discussion importante à laquelle nos collègues, MM. Duguet et Damaschino, ont pris une part que chacun de nous a encore présente à l'esprit; pendant le quatrième trimestre, les accidents intestinaux, hémorrhagies et perforations, ont présenté une fréquence considérable, et ont été, dans un certain nombre de cas, l'origine d'accidents graves. La connaissance de ces faits nous montre une fois de plus combien il est important de connaître exactement les caractères d'une épidémie pour juger les différentes questions médicales qui peuvent être soulevées à son occasion. La bénignité de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde, l'issue favorable de l'immense majorité des cas

rend très difficile l'appréciation exacte de la valeur curative des médications aujourd'hui à l'étude; la fréquence des accidents intestinaux, dans les mois d'octobre et novembre, aurait pu faire incriminer les médications employées, si on ne savait que ces accidents sont survenus, quelque fut la médication employée et évidemment sous l'influence de causes autres que l'action des agents thérapeutiques.

La connaissance de ces faits montre une fois de plus combien il est donc important, pour l'appréciation des questions que soulève l'étude des maladies régnantes, de connaître, dans leurs détails, leur allure générale, leurs caractères particuliers : c'est en groupant, dans ce but, les impressions, les faits spéciaux, que la fréquentation des hôpitaux permet à chacun de nous de recueillir, que nous arriverons à constituer un ensemble précieux d'observations intéressantes.

Tableau comparatif de la marche des principales affections contagieuses dans les différents arrondissements de Paris pendant le quatrième trimestre 1882.

MALADIES: FIÈVRE TYPHOÏDE, DIPHTHÉRIE, VARIOLE.	1 Louvre.	2 Bourse.	3 Temple.	4 Hôtel-de-Ville.	5 Panthéon.	6 Luxembourg.	7 Palais-Bourbon.	8 Elysée.	9 Opéra.	10 Saint-Laurent.	11 Popincourt.	12 Reuilly.	13 Gobelins.	14 Observatoire.	15 Vaugirard.	16 Passy.	17 Batignolles.	18 Montmartre.	19 Chaumont.	20 Ménilmontant.	Domiciliés hors Paris	TOTAUX MENSUELS.
Fièvre typhoïde.																						
Octobre.........	28	10	40	53	40	41	61	21	21	**82**	67	45	26	19	29	8	39	**123**	**81**	33	16	883
Novembre.......	8	12	18	23	21	17	13	12	14	**26**	21	23	25	10	16	9	23	**41**	**26**	14	14	386
Décembre.......	9	10	12	11	**22**	17	19	14	8	**24**	22	19	6	8	16	7	**21**	14	20	11	18	308
Totaux.....	45	32	70	87	83	75	93	47	43	**132**	110	87	57	37	61	24	83	**178**	**127**	58	48	1577
Diphthérie.																						
Octobre.........	»	1	5	5	5	3	5	1	1	7	**9**	6	8	**11**	5	4	**9**	**14**	9	5	7	120
Novembre.......	2	1	4	4	7	4	**11**	5	2	7	**15**	7	5	**13**	10	4	10	7	8	5	14	145
Décembre.......	2	1	3	5	3	4	**17**	»	4	11	**14**	9	4	12	9	3	5	12	**21**	**14**	14	167
Totaux.....	4	3	12	14	15	11	33	6	7	25	38	22	17	36	24	11	24	33	38	24	35	432
Variole.																						
Octobre.........	»	»	1	6	»	»	»	»	»	»	2	5	1	1	1	»	»	1	4	1	3	26
Novembre.......	2	1	1	2	»	4	»	»	»	»	6	9	1	»	»	»	»	5	1	2	3	37
Décembre.......	»	1	2	1	»	7	1	»	»	1	4	2	1	4	2	2	»	3	5	3	1	41
Totaux.....	2	2	4	9	»	**11**	1	»	»	1	**12**	**16**	3	5	3	2	»	9	10	6	7	104

Mortalité, à Paris, des principales maladies contagieuses épidémiques pendant le quatrième trimestre des cinq dernières années.

MALADIES.	1878	1879	1880	1881	1882
Variole........................	52	330	241	119	104
Scarlatine......................	9	20	73	47	14
Rougeole	44	83	171	154	
Fièvre typhoïde.................	259	319	413	404	1577
Diphthérie......................	365	373	462	605	432

APPENDICE

Aperçu des principales maladies régnantes observées dans diverses villes de France pendant le quatrième trimestre de 1882.

AURILLAC. — M. RAMES.

« L'état météorologique dans les trois derniers mois de l'année 1882 a été en harmonie avec ceux des trimestres précédents ; ainsi dans la belle saison, à dix reprises différentes, la neige a blanchi la haute montagne, neige du reste aussitôt fondue que tombée, si ce n'est vers le milieu de septembre ; or, dans le mois d'octobre, après quelques beaux jours, du 1er au 12, le ciel a été constamment couvert et le temps presque toujours à la pluie.

Le mois de novembre a commencé aussi par quelques belles journées, puis ont succédé des alternatives de giboulées et de pluie douce, les giboulées ayant eu lieu du 15 au 17 et du 20 à la fin du mois.

Les deux premiers jours de décembre ont été beaux, l'air étant vif, mais dès le 3, des tourmentes de pluie et de neige sont survenues et ont duré jusqu'au 8 ; du 10 au 14 le temps est redevenu sec et froid. Le 14, un orage violent éclatant dès le matin a été le prélude d'averses de pluies abondantes à peu près soutenues jusqu'à la fin du mois.

Pendant ce trimestre, le vent a presque toujours soufflé du couchant. Aussi, jusqu'à ce jour, il n'y a pas eu de froid intense.

Le mouvement pathologique correspondant à cette influence saisonnière se caractérise par un petit nombre de maladies aiguës et par pas mal de terminaisons de maladies chroniques.

Comme maladies aiguës, nous rattacherons au *contage typhique* 4 cas de troubles gastriques survenus dans le mois d'octobre, chez des militaires, cas si légers que leur durée seule a fait penser qu'il ne s'agissait pas là, seulement d'embarras gastriques fébriles.

En ville 6 cas de morts sont dus à la fièvre typhoïde : 3 en octobre, 1 en novembre, 2 en décembre.

La *diphthérie* n'a pas encore disparu. Le croup a enlevé encore 6 enfants : 2 en octobre, 3 en novembre, 1 en décembre, tous de 3 à 5 ans. Cette maladie sévit aussi dans les environs.

La *pneumonie* figure au décès pour 7 cas de mort : 2 en octobre, 3 en novembre, 2 en décembre. La bronchite chronique pour 4 : 1 en octobre, 2 en novembre, 1 en décembre.

Tel est le bilan des maladies aiguës. Ajoutons quelques cas de scarlatine et aussi de coqueluche non suivis de mort.

La mortalité pour le trimestre entier a été de 88 cas pour toute la ville : 27 en octobre, 30 en novembre, 31 en décembre.

Sur ce nombre, nous comptons 5 mort-nés, 21 enfants au-dessous de 4 ans, presque tous enlevés par de l'atrepsie ou un défaut de vitalité ; 27 personnes au-dessus de 60 ans, 2 cas de mort subite.

La phthisie y figure pour 15 cas, les affections organiques du cœur pour 5, les hémorrhagies cérébrales ou autres désordres de l'encéphale pour 8 cas, le cancer pour 9 cas.

Pour la première fois, nous trouvons 1 cas de mort par infection purulente chez une jeune femme de 21 ans. 2 décès sont dus l'un à une cirrhose hépatique, l'autre à une hernie étranglée. »

GHARDIMAOU. — Dr BURLUREAUX.

« La fièvre typhoïde ne nous a pas suivis dans notre migration et *tous* les cas que nous avons pu observer à l'ambulance de Ghardimaou provenaient d'un port voisin. Dans ce port lui-même la fièvre typhoïde a complètement disparu depuis le 1er octobre 1882.

Sur les 80 ouvriers italiens qui constituent la majeure partie de la population civile, nous en avons vu deux succomber aux formes cérébrales de l'impaludisme (forme apoplectique de M. Colin, survenant plus spécialement en automne). Le premier est mort après 48 heures de maladie et, en ce court espace de temps, il s'était fait une méningite purulente de la convexité du cerveau ; le second est mort après trois jours ; son cerveau présentait les lésions de la paralysie générale suraiguë. Les lésions viscérales indiquaient l'impaludisme ancien.

Un autre fait qui peut avoir de l'intérêt au point de vue épidémiologique est celui d'un enfant de 2 ans qui succomba à la diphthérie après 11 jours de maladie (angine diphthéritique, croup, albumine rétractile dans l'urine, etc). Ce cas a été unique, et nous ne pouvons l'attribuer qu'aux fâcheuses conditions d'installation. Bien que nous soyons toujours sur la voie ferrée, il est peu probable que la maladie ait été importée. »

A suivre.

CHRONIQUE

Exercice de la médecine par les sages-femmes. — M. Labéda, président de l'Association des médecins de la Haute-Garonne, et M. Broquère, président de l'Association des médecins de Toulouse, avaient cru devoir écrire au Commissaire central de cette ville pour lui dénoncer un fait qu'ils considéraient comme une infraction à la loi de la part des sages-femmes qui, pour la plupart, annonçaient sur leurs enseignes *qu'elles traitent les maladies des femmes*, alors que, légalement, elles ne pouvaient et ne devaient se livrer qu'à la pratique des accouchements.

Il était même résulté de cette dénonciation une polémique dans un journal de Toulouse, le *Républicain du Sud-Ouest*, où un anonyme signant « une sage-femme » avait contesté à MM. Labéda et Broquère le droit de porter plainte, en tant que présidents de Société, pour les faits que nous avons indiqués.

Deux questions se trouvaient soulevées : la délictuosité du fait et la compétence des plaignants. M. Labéda n'avait cru pouvoir mieux faire que de soumettre le litige à la Société de médecine légale ; il avait donc adressé une lettre à M. Brouardel, président de cette Société, en le priant de faire trancher les trois questions suivantes :

1° Les sages-femmes ont-elles le droit *d'afficher* qu'elles traitent *les maladies des femmes?* 2° Dans le cas de la négative, les présidents des Associations médicales ont-ils été fondés à appeler sur ce fait délictueux l'attention du magistrat spécialement chargé de l'ordre légal sur la voie publique; 3° Enfin, et dans le cas le plus général, les présidents des Associations médicales, considérées purement et simplement comme des Sociétés de secours mutuels, ont-ils le droit de signaler à l'autorité compétente tous les faits délictueux contre la profession médicale parvenant à leur connaissance ?

La Société de médecine légale avait nommé une Commission chargée de rédiger un rapport qui a été présenté et discuté à la séance du 12 mars dernier. Les conclusions du rapport peuvent se résumer ainsi :

Sur la première question, s'il est incontestable que les sages-femmes n'ont pas le droit de traiter les maladies des femmes, et si elles doivent s'en tenir strictement à la pratique des accouchements, il n'existe malheureusement dans la loi aucun texte permettant de leur interdire d'apposer des tableaux annonçant qu'elles traitent les maladies des femmes. Dès lors, elles ne sont passibles d'aucune peine pour le fait blâmable d'annoncer une chose qu'elles ne peuvent légalement faire, et elles ne pourront être poursuivies que du moment où elles traiteront réellement ces maladies comme elles l'ont annoncé. A l'autorité compétente donc d'exercer une surveillance d'autant plus active, aussitôt que son attention a été attirée par des annonces critiquables, sinon condamnables.

Sur la troisième question, le rapport conclut que les présidents d'Associations médicales ou de secours mutuels ont, comme toutes autres personnes, le droit de dénoncer à l'autorité compétente tous les faits délictueux contre la profession médicale parvenant à leur connaissance, et même de porter plainte, mais en agissant en leur propre et privé nom, individuellement comme médecin, et non en tant que présidents d'Associations ou de Sociétés de secours mutuels (*Journ. de méd. de Paris*).

Modifications à l'exercice de la pharmacie. — La Commission de la Chambre chargée d'examiner la proposition de M. H. Faure (de la Marne), sur l'exercice de la pharmacie, a terminé ses travaux. Voici l'esprit de la proposition qu'elle vient d'élaborer :

Suppression des pharmaciens de seconde classe et des herboristes;

Liberté de vente de toute une série de plantes et de drogues inoffensives dont le Codex devra renfermer la liste;

Liberté pour les pharmaciens, non point de donner des consultations et d'exercer la médecine, — à moins qu'ils ne soient pourvus du double diplôme, — mais de vendre sous leur responsabilité et sous la responsabilité de l'acheteur, et quelle que soit leur nature, les substances dont il leur est fait demande expresse;

Droit pour quiconque est pourvu du diplôme de pharmacien de préparer, d'annoncer et de vendre, en gros comme en détail, tout médicament qui n'est pas secret dans le sens grammatical du mot, dont la composition est connue;

Affranchissement, en un mot, dans une mesure excessivement large, du pharmacien, simplement soumis désormais à quelques obligations limitées et vraiment utiles.

Le laboratoire municipal de toxicologie. — On vient de créer à la préfecture de police, dans les dépendances du corps de bâtiment où est installé le laboratoire de chimie pour la

recherche des falsifications alimentaires, un laboratoire de toxicologie dont la direction scientifique est confiée à M. Brouardel.

Ce laboratoire a été pourvu des appareils les plus perfectionnés servant aux minutieux travaux, aux délicates recherches sur les empoisonnements en général, accidentels ou criminels. L'installation en a été opérée sous la surveillance de M. Girard, le directeur du laboratoire municipal. Il occupe une partie du sous-sol du bâtiment affecté à la police municipale et donnant sur la rue de la Cité.

L'eau-de-vie dans l'armée anglaise. — Répondant à la députation d'une Société de tempérance, le général Wolseley a dit qu'il avait toujours fait tous ses efforts pour faire comprendre à ses subordonnés la nécessité de la tempérance. Dans l'expédition de la Rivière-Rouge, il avait décidé, contre l'avis même des médecins, de ne pas emporter de spiritueux, et certes jamais soldats ne se sont mieux comportés que dans cette expédition difficile. Dans l'Afrique du sud, sa garde personnelle était exclusivement composée d'hommes appartenant à des Sociétés de tempérance, et aucune des maladies prévues par les partisans de l'alcool n'est venue les atteindre.

Enfin, en Egypte, on lui avait affirmé qu'il fallait au moins aux hommes des grogs; il en a fait donner le moins possible et les troupes se sont très bien comportées. Bref, selon le général Wolseley, l'usage des boissons alcooliques est la plus grande source des crimes, des désobéisances et autres maux qui se produisent dans les armées.

Réorganisation du Service de santé de la marine. — La Commission des cadres de la marine, à la Chambre des députés, a entendu M. Gestin, directeur du Service de santé de la marine à Toulon, qui lui a transmis les *desiderata* de nos militaires.

M. Gestin a donné communication d'un travail sur la réoganisation de ce service dans l'armée de mer.

Le travail concerne les deux points suivants :

1° N'admettre à naviguer que les médecins pourvus du diplôme de docteur ;

2° Diminuer l'importance numérique des grades inférieurs pour la reporter sur les grades supérieurs.

M. Gestin espère ainsi faire disparaître l'inégalité qui existe entre le corps de santé de la marine et celui de l'armée de terre.

Espérons que ces vœux, tous légitimes, seront enfin exaucés; il y va de l'avenir de ce service, dont les membres sont toujours à la peine et rarement à l'honneur.

BIBLIOTHÈQUE

DICTIONNAIRE USUEL DES SCIENCES MÉDICALES, par les docteurs A. DECHAMBRE, Mathias DUVAL et L. LEREBOULLET. Paris, G. Masson.

« Le titre de ce nouveau Dictionnaire, dit l'éditeur dans son avant-propos, nous paraît indiquer suffisamment sa raison d'être et les services qu'il peut rendre aux médecins, aux étudiants, aux gens du monde. Il n'est pas, comme la plupart de ceux qui l'ont précédé, un simple *lexique* où l'on chercherait en vain, dans les nombreux articles qu'il renferme, autre chose qu'une courte définition. » Le présent Dictionnaire est donc une sorte de résumé de nos connaissances actuelles dans les sciences médicales, c'est-à-dire tout ce qui touche à la médecine : médecine proprement dite, chirurgie, obstétrique, zoologie, botanique, anatomie et physiologie, anthropologie, physique, chimie, thérapeutique et matière médicale, médecine légale, hygiène et police sanitaire, météorologie et climatologie, eaux minérales ; on y trouve, en d'autres termes, un résumé des progrès accomplis dans ces sciences depuis une dizaine d'années, et des documents consignés dans les traités spéciaux. Le programme tracé par l'éditeur aux collaborateurs de ce nouveau dictionnaire sera sans aucun doute rempli, et on peut prévoir par les trois noms qui sont en tête, et par les trois fascicules que nous avons sous les yeux, que la tâche difficile de faire un bon dictionnaire sera menée à bonne fin.

Le premier fascicule annonce sur sa couverture que les autres paraîtront de deux en deux mois. D'après ce que nous savons de la publication des dictionnaires, cette rapidité avait de quoi surprendre; néanmoins, la promesse de l'éditeur a été tenue, et tout porte à croire qu'elle le sera jusqu'au bout. Mais cette rapidité même n'a-t-elle pas un inconvénient ? Peut-être est-ce à elle qu'il faut attribuer certaines imperfections de l'ouvrage, en particulier dans les articles de chirurgie.

Par exemple, le traitement des abcès par la méthode antiseptique, ni des anévrysmes par la compression élastique, n'est pas indiqué; nous avons remarqué l'absence des mots *arthro-*

tomie, antisepsie, asepsie, aseptique; le traitement de l'ankylose est un peu sévère pour l'ostéotomie; la colotomie est décrite d'une manière un peu obscure; la gastro-stomie, indiquée seulement pour les rétrécissements cicatriciels et syphilitiques de l'œsophage et pour le cancer du cardia, en est restée au procédé de Sédillot, qui n'a jamais été exécuté cependant depuis ce chirurgien; le rôle de l'étranglement des veines hémorrhoïdales par la tunique musculaire du rectum dans la pathogénie des hémorrhoïdes et leur traitement par la dilatation forcée de l'anus, qui en est la conséquence, sont passés sous silence; la définition de la hernie « tumeur formée par l'issue d'un viscère ou d'une portion de viscère à travers l'un des points de la paroi abdominale », exclut du cadre de cette affection les issues accidentelles d'autres organes hors de leur siège normal : on dit cependant, et avec raison, hernie du cerveau, de l'iris, du poumon, d'un muscle quelconque, etc.

Mais je signale ces imperfections, faciles à corriger dans une édition prochaine, plutôt pour montrer que j'ai déjà lu une bonne partie de ce dictionnaire, et que j'en puis rendre compte en connaissance de cause, que pour le critiquer; et après avoir indiqué ses défauts, on me croira plus volontiers, je l'espère, quand je vanterai ses qualités, et quand je dirai que le présent livre doit avoir sa place, à côté de celui de Littré et Robin, sur la table de travail de tous ceux qui étudient les sciences médicales.

L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Rapports. — Observation de trépanation. — Suite de la discussion sur les rapports du traumatisme avec les propathies.

M. Nicaise fait deux rapports : l'un sur une observation de M. Poulet, relative à une exostose de l'humérus au niveau de l'insertion du brachial antérieur; on n'a pu jusqu'ici réunir que six observations analogues; — l'autre sur un travail de M. Schwartz, relatif à un cas de synovite à grains rhiziformes des gaines carpo-métacarpiennes; ouverture, curage, pansements antiseptiques, guérison.

— M. Demons (de Bordeaux) communique l'observation d'un malade auquel il a pratiqué, avec succès, une trépanation tardive des os du crâne. Il s'agit d'un jeune homme qui, après une chute sur la tête, fut pris d'accès épileptiformes. Ces accès devinrent extrêmement fréquents et se compliquèrent bientôt d'une hémiplégie complète. Près de six mois après l'accident, les troubles étant toujours les mêmes, M. Demons, appelé pour la première fois auprès du malade, proposa et fit une trépanation au niveau du sillon de Rolando. Le périoste ouvert, il vit une fêlure du crâne : c'est là qu'il appliqua la couronne du trépan. Au-dessous de ce ce point, il trouva de la pachyméningite; au-dessous il ouvrit une sorte de kyste qui donna issue à un liquide séro-purulent; enfin, au-dessous encore, il trouva la substance cérébrale elle-même altérée, en réséqua environ 1 centimètre. Puis il sutura la plaie, en plaçant un drain à la partie inférieure. Le soir même, le malade eut une petite attaque épileptiforme; puis elles disparurent et n'ont plus reparu depuis environ un mois que l'opération a été pratiquée. Les suites de cette opération furent aussi favorables que possible.

M. Desprès désirerait que ce malade pût être vu de nouveau dans six mois; car alors, seulement, on pourra être sûr de la guérison.

M. Le Fort cite un cas analogue dans lequel il appliqua une couronne de trépan chez un malade qui, à la suite d'une chute sur la tête, avait eu des troubles intellectuels et des attaques épileptiformes. Après cette opération, dans la nuit même qui suivit, il y eut encore une attaque épileptiforme et ce fut la dernière. Voilà un an que le malade a été opéré et il n'a rien eu depuis.

M. Polaillon fait ressortir l'importance, dans ces cas, des pansements antiseptiques, pour se mettre à l'abri de la méningo-encéphalite. Il cite l'exemple d'un enfant de neuf ans qui reçut un coup de pied de cheval et eut ensuite des attaques épileptiformes, de l'hémiplégie et de la pachyméningite. Il avait jusqu'à dix-sept accès en une heure. M. Sylvestrini appliqua une couronne de trépan. Le malade succomba à la méningo-encéphalite. Cette observation fut présentée à l'Académie de médecine par M. Sylvestrini et fut l'objet d'un rapport de M. Polaillon.

M. Chauvel a appliqué une couronne de trépan dans un cas analogue à celui de M. Demons. Pendant les deux mois qui ont suivi l'opération, les attaques épileptiformes avaient complètement cessé, puis tous les accidents reparurent; il se développa une névrite optique et le malade succomba un an après l'opération.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les rapports du traumatisme avec les états propathiques.

— M. Trélat répond à la seconde communication de M. Verneuil. Le but de la première communication de M. Verneuil, dit-il, était de montrer qu'en dehors des accidents pyrétiques ou septiques nosocomiaux, les opérés peuvent succomber par suite de l'influence qu'exerce le traumatisme sur les états pathologiques antérieurs. J'accepte, quant à moi, ces conclusions de M. Verneuil; je ferai seulement des réserves sur certains points. Dans sa seconde communication, M. Verneuil a un peu transformé son but et a cherché à prouver qu'une blessure accidentelle ou opératoire aggrave, dans un grand nombre de cas, singulièrement les états pathologiques antérieurs.

Dans ma première réponse, j'ai été d'accord avec M. Verneuil sur le fond même du débat; il l'a lui-même reconnu; il n'y a donc pas lieu d'insister. Que cherchons-nous, en comme? Quel est notre but? Nous cherchons ce que d'autres, en particulier Paget, ont recherché somme nous, c'est-à-dire d'établir des règles tutélaires pour la pratique de la chirurgie. S'est-il produit ici des dissidences au sujet de l'influence des cancers viscéraux sur le pronostic des opérations? Aucune. Nous avons tous, chirurgiens français, trop souci de l'état général des malades pour nous laisser entraîner à opérer, en présence d'individus atteints de cancers viscéraux. S'il nous arrive d'intervenir, le cancer restant méconnu, les malades succombent rapidement; nous sommes tous d'accord sur ce point.

Il en est de même relativement à l'influence des affections chroniques des reins. Les néphrites chroniques, avec altérations anatomiques, sont des affections progressives, irrégulières dans leur marche; comment pourrions-nous négliger de pareils éléments de pronostic? Je n'élève, quant à moi, aucun contestation sur la gravité de ces faits. Il en sera de même des maladies du foie, etc. En résumé, il n'est pas un seul d'entre nous qui soit disposé à nier la gravité des cancers viscéraux, des néphrites chroniques, des affections du foie, etc., relativement au pronostic des opérations. Nous sommes tous d'accord sur ce point. Je ferai ici une profession de foi personnelle : Grâce aux progrès accomplis dans ces dernières années, nous sommes parvenus à diminuer dans une grande proportion les dangers des plaies. Mais il n'en est pas moins vrai que toute plaie entraîne ces trois choses : ébranlement nerveux, perte de sang, réparation. L'individu le plus sain, le mieux constitué, l'opéré le plus parfait, en un mot, aura toujours à fournir ces trois choses.

Où commence le désaccord avec M. Verneuil? Sur un seul point, la théorie. Prenons un des exemples mêmes de M. Verneuil : un diabétique, victime d'un accident de chemin de fer, subit une attrition d'un membre inférieur, qui nécessite l'amputation; l'opération est pratiquée; le malade meurt; M. Verneuil dit que c'est le traumatisme qui a aggravé le diabète et déterminé le coma diabétique; moi je dis qu'il s'agit d'un diabétique chez lequel le coma s'est développé à propos de l'opération comme à propos de toute autre chose. M Dreyfous a réuni dans sa thèse trente-huit à quarante observations de diabétiques sur lesquelles il relève neuf cas de coma diabétique. Si l'on recherche les causes à la suite desquelles ont éclaté ces comas diabétiques, on voit que, dans bon nombre de cas, ces causes sont des plus insignifiantes : Un diabétique sort pour se promener; au moment de rentrer chez lui, il ne trouve pas de place dans l'omnibus, manque le train ou monte trop vite son escalier; coma diabétique, mort. En somme, la moindre contrariété, la moindre fatigue musculaire, la plus petite émotion peut, chez un diabétique, déterminer des accidents comateux. Donc, si ceux-ci surviennent après une opération, on peut tout aussi bien incriminer l'émotion causée par l'opération que l'opération elle-même.

Il en est de même pour les albuminuries transitoires : M. Capitan a soumis des animaux à des influences vives, violentes, variées; dans la plupart des cas, il a ainsi déterminé, chez ces animaux, des albuminuries transitoires durant de vingt-quatre à quarante-huit heures. Le malade de M. Verneuil, qui a eu cette augmentation légère de l'albuminurie à la suite d'une opération, n'est-il pas de tous points comparable à ces animaux?

Voici un autre malade de M. Verneuil, maigre, jeune, et qui ne mange plus : il a une hernie étranglée; M. Verneuil l'opère; l'appétit ne revient pas et ce malade finit par succomber à sa dyspepsie incurable; M. Verneuil croit devoir invoquer, pour expliquer la mort de ce malade, l'existence d'une cirrhose du foie à peine appréciable.

J'arrive au point le plus important de l'argumentation de M. Verneuil, à la tuberculose.

Rappelons les exemples fournis par M. Verneuil : Jeune fille ayant les apparences d'une bonne santé, présentant cependant des signes de tuberculose pulmonaire, ponction d'un abcès de la cuisse, mort; fongus béoin du testicule, ablation, mort; coxalgie suppurée, ouverture spontanée d'un abcès de la cuisse, mort, etc.

En présence de quelle maladie sommes-nous ici? De la tuberculose, qui ne procède pas d'un pas toujours le même, qui marche par à-coups, par surprises, vers une issue fatale, devant arriver plus ou moins brusquement, que vous opériez ou non votre tuberculeux. Du moment qu'il s'agit de tuberculose généralisée, les faits que vous avancez ne prouvent plus rien au point de vue de l'influence du traumatisme. Il faudrait prendre, d'un côté, mille tuberculeux n'ayant pas subi d'opérations et voir quelle est la moyenne de leur vie, puis prendre, d'un autre côté, mille tuberculeux ayant subi des blessures accidentelles ou chirurgicales, et comparer la moyenne de leur vie à la précédente. Tout tuberculeux est exposé à un accident fatal, imminent, et vous ne pouvez pas dire que le traumatisme soit pour quelque chose dans l'éclosion de cet accident. Cela est important, car il ne s'agit pas que de théorie, mais la conclusion toute naturelle qui découle de l'argumentation de M. Verneuil, bien qu'elle n'y soit pas émise, c'est que le chirurgien ne devra plus toucher un tuberculeux sous peine de voir aussitôt se déclarer la méningite tuberculeuse.

M. Verneuil proteste contre cette interprétation.

M. Trélat se félicite d'avoir soulevé cette protestation de la part de M. Verneuil. Si vous voulez dire simplement : Défiez-vous des tuberculeux quand il s'agit de pratiquer sur eux une opération quelconque, nous sommes absolument d'accord. Mais il ne faut pas aller plus loin.

En somme, M. Verneuil a bien fait d'appeler de nouveau l'attention sur des faits connus mais insuffisamment traités, et d'apporter des matériaux considérables propres à faciliter l'étude de certains faits. Il importe, en effet, de considérer son futur opéré, d'en dresser l'inventaire. C'est là surtout l'enseignement pratique qui résultera de cette discussion.

M. Marjolin, sollicité par M. Verneuil, fait connaître les résultats de sa longue expérience sur l'influence du traumatisme sur le développement de la méningite tuberculeuse chez les enfants. Cette affection apparaît très fréquemment en dehors de toute influence traumatique, et M. Marjolin a été très étonné d'entendre M. Lannelongue publier un cas de méningite tuberculeuse survenu à la suite d'un traumatisme très léger, quand un an auparavant il a publié un assez grand nombre d'observations de résections coxo-fémorales suivies de succès chez des enfants atteints de coxalgie tuberculeuse. Il y a là une contradiction qui n'échappera à personne. En résumé, M. Marjolin ne croit pas que le traumatisme, chez les enfants tuberculeux, les prédispose à la méningite tuberculeuse autant que semble le croire M. Verneuil.

M. Verneuil n'est responsable que de ce qu'il signe; M. Trélat n'a pas encore pu lire le texte même de sa communication, ce qui lui aurait évité de commettre quelques erreurs. Il y a deux choses très différentes dans cette communication : des constatations et des interprétations; sur les premières, M. Verneuil est très net et très précis; sur les secondes, il se montre, au contraire, très prudent.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 1er au 7 juin 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès: 1,180. — Fièvre typhoïde, 52. — Variole, 21. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 18. — Diphthérie, croup, 39. — Dysenterie, 3. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 51. — Phthisie pulmonaire, 209. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 52. — Bronchites aiguës, 31. — Pneumonie, 70. — Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 71; au sein et mixte, 48; inconnus, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 106; circulatoire, 87; respiratoire, 65; digestif, 57; génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 10. — Après traumatisme, 2. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 23e semaine. — Le nombre des décès notifiés au service de la statistique continue à être relativement peu élevé : 1,180 lui ont été signalés cette semaine, et 1,158 pendant la précédente. Une mortalité aussi faible n'avait pas été observée depuis le mois de mars.

Cependant quelques maladies présentent actuellement une fréquence élevée :

La fièvre typhoïde, qui n'avait fait que 35 victimes la semaine dernière, en a fait 52 cette semaine, sans que cette recrudescence, très anormal pendant le mois de juin, puisse s'expliquer. Il faut ajouter que, probablement, elle ne persistera pas : il n'est entré dans les hôpitaux de Paris que 72 malades atteints de Fièvre typhoïde au lieu de 88, chiffre observé pendant la semaine précédente. On remarquera que le 7[e] arrondissement présente à lui seul, pendant la semaine actuelle, 6 décès par Fièvre typhoïde.

L'Athrepsie continue à augmenter de fréquence; parmi les enfants élevés au biberon, elle a fait 71 victimes, au lieu 59 et de 48 qui étaient les chiffres des semaines précédentes. De même, parmi les enfants élevés au sein, nous comptons 48 décès au lieu de 34 et de 27, chiffres des semaines précédentes. Cette augmentation des décès par Athrepsie est une conséquence naturelle de la chaleur. Qu'ils nous suffise de rappeler que pendant les chaleurs exceptionnelles de 1881, on a compté jusqu'à 314 décès par Athrepsie en une semaine.

La scarlatine continue à faire très peu de victimes à Paris. La Variole et la Coqueluche sont un peu plus fréquentes depuis quelques semaines. Leur fréquence n'a pas varié depuis le mois d'avril.

La Diphthérie paraît avoir subi une légère décroissance depuis la semaine précédente (39 décès au lieu de 49). Le nombre des entrées dans les hôpitaux de Paris (27 au lieu de 34), est également en légère décroissance.

La Pneumonie a été rare pendant cette semaine (70 décès au lieu de 93) ; les vieillards de plus de 60 ans en ont surtout bénéficiés (14 décès par pneumonie au lieu de 30).

La Bronchite et la Phthisie ont également fait peu de victimes. Enfin on doit aussi remarquer la rareté relative et probablement passagère des décès par Méningite.

On a célébré pendant la semaine dernière 412 mariages et l'on a enregistré la naissance de 1,247 enfants, dont 913 (soit 73 pour 100) légitimes.

FORMULAIRE

Des lavements de thé comme antidote de l'opium. — Swel.

Une forte infusion de thé vert, injectée à deux reprises dans l'intestin, à la dose de 8 onces, a réussi à enrayer les symptômes alarmants d'un empoisonnement aigu par l'opium. La théine et la caféine devraient être employées de préférence, si on en avait à sa disposition. — En tout cas, il est indispensable de procéder tout d'abord au lavage de l'estomac, afin d'entraîner les liquides toxiques qu'il peut encore contenir.

Dans trois cas d'intoxication alcoolique, l'auteur a également constaté l'efficacité des lavements de thé. — N. G.

COURRIER

Concours de l'agrégation. — La première épreuve — composition écrite — s'est terminée le mercredi 6 juin, pour les candidats de la section de chimie est de physique. La seconde épreuve — épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation — a commencé jeudi soir. La première question donnée a été : Le phosphore et ses composés hydrogénés.

Voici l'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir cette seconde épreuve : 1° M. Pouchet ; 2° M. Linossier ; 3° M. Lembling ; 4° M. Ville ; 5° M. Blarez ; 6° M. Imbert : 7° M. Doumer ; 8° M. Baguéris ; 9° Guilhaud ; 10° M. Bergonié.

Concours du Bureau cenral. — La deuxième épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminée mercredi soir. Ont été admis à subir la troisième épreuve — consultation clinique — les treize candidats dont les noms suivent : MM. Barié, Brissaud, Chauffard, Comby, de Beurmann, Dreyfous, Hirtz (Edgar), Josias, Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Martin et Renault. La troisième épreuve a commencé samedi.

Les questions données à la seconde épreuve ont été : 1° la gangrène pulmonaire : 2° les gastrites chroniques ; 3° la névralgie faciale ; 4° la paralysie radiale.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[e] 2[2] rue Dussoubs.

BULLETIN

La bière dans les hôpitaux. — L'Administration que l'Europe nous envie reste à la hauteur de sa vieille réputation. Nous sommes dès longtemps habitués à ne lui voir négliger aucune occasion de nous montrer qu'elle est toujours la même; mais il y a des moments où, prise d'une nouvelle ardeur et craignant sans doute qu'on ne l'accuse de s'endormir, elle produit de véritables chefs-d'œuvre.

Parmi ces travaux mémorables, dont les médecins ignorent le secret, nous pouvons ranger une circulaire expédiée aux hôpitaux le 30 avril 1883 par M. Quentin, directeur général. En voici la teneur :

« Monsieur le directeur,

La consommation de la bière a pris, depuis quelque temps, une telle extension dans nos services hospitaliers, et la dépense qu'elle entraîne vient grever si lourdement, chaque année, notre chapitre « comestibles », qu'il est absolument de mon devoir de ne pas laisser subsister si longtemps ce que je n'hésite pas appeler un véritable abus.

La bière, vous le savez, n'est ni un aliment ni un médicament : elle ne figure ni au régime alimentaire, ni au Codex, et le budget ne comporte, dès lors, aucun crédit pour faire face à cette dépense.

J'ai décidé, en conséquence, que, à dater de ce jour, cette boisson devra disparaître de la consommation courante pour rentrer dans la classe des prescriptions tout à fait exceptionnelles, à délivrer sur bons signés par MM. les chefs de service, et visés à l'Administration centrale.

Je vous invite à faire connaître ma décision à MM. les médecins et chirurgiens de votre établissement. Ils vous prêteront, j'en suis certain, tout leur concours pour mettre fin à une dépense extraordinaire à laquelle l'Aministration ne peut pourvoir.

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON.

IV

Le grand tableau (salon de l'Ouest) que M. Béroud désigne modestement par ces mots : « Au Louvre, — étude », est, à n'en pas douter, une excellente peinture, très solide et vraie au point de faire illusion. On croit entrer dans le salon carré de notre Musée national tant l'artiste a su reproduire avec exactitude les différentes colorations des tableaux de Véronèse, de Van Dyck, de Giorgione, du Corrège, etc., ces maîtres incomparables de la couleur. Dans cet intérieur merveilleux, la lumière se distribue partout, sur les toiles, sur les cadres, sur les visiteurs et sur le parquet ciré, avec une égale vérité et une égale vigueur. C'est certainement une des œuvres les plus remarquables du Salon, dans son genre.

Un genre qui ne brille pas cette année, pour ne rien dire d'offensant à son égard, est le genre religieux. L'inspiration sacrée nous quitte, et le sens des choses divines nous échappe décidément; il faut en prendre notre parti. « Le Martyre de Jésus de Nazareth » par M. Aimé Morot, nous montre un modèle quelconque, non pas cloué sur la croix, ainsi que le veut la tradition, mais lié grossièrement et assez maladroitement, semble-t-il, sur un tronc d'arbre qui n'est pas même équarri. Les pieds sont écartés de chaque côté de l'arbre et la tête se renverse sur la traverse supérieure, car la croix est devenue un T. Tous ces détails, en réalité de peu d'importance pour les gens non orthodoxes, passeraient probablemment inaperçus des

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire.
Recevez, Monsieur, etc. »

« J'ai décidé » est un mot royal; mais, le plus étonnant, c'est l'assurance avec laquelle M. Quentin nous apprend que la bière n'est « ni un aliment, ni un médicament ». Pourquoi prendrait-on l'avis des médecins dans les questions médicales, quand on peut si aisément fixer la science, d'un trait de plume administratif, sur la composition chimique et les propriétés nutritives de la bière?

La circulaire du 30 avril n'était pas absolument prohibitive, et ne tendait qu'à restreindre un abus par un louable désir d'économie. Nous pourrions, il est vrai, demander à M. Quentin si l'Assistance publique ne devrait pas avant tout sauvegarder le régime des malades, au risque de s'y montrer prodigue, et faire porter sur d'autres points les réformes budgétaires. Quoi qu'il en soit, les chefs de service avaient encore le droit de signer des bons de bière, que l'Administration promettait d'approuver.

Mais voici qu'un beau jour l'Administration refusa d'approuver les bons. Un chef de service indigné se mit en campagne et s'adressa personnellement au directeur général; celui-ci répondit en propres termes qu'il ne s'expliquait pas ce refus systématique, et le fit cesser immédiatement. L'entrevue est du 17 mai.

Le 21 mai, c'est-à-dire quatre jours plus tard, tous les bons sont de nouveau refusés. Étonnement du chef de service, question transmise par le télégraphe, qui répond laconiquement :

L'Administration n'accorde plus de bière.

Signé : MOURLAN.

Aucune circulaire nouvelle n'avait annoncé au Corps médical des hôpitaux cette prohibition définitive; le fait fut signalé au directeur général.

Nous n'étonnerons personne en ajoutant que l'Administration est enchantée de ce qu'elle a fait. Mais il n'en va pas de même pour les chefs de service, à qui ces tracasseries continuelles, quand il s'agit du régime et du bien-être de leurs malades, causent une irritation légitime. Aussi la note suivante a-t-elle été remise le 11 juin au directeur général de l'assistance publique :

Les, soussignés, chirurgiens des hôpitaux, considérant la bière comme un aliment et un

---

laïques, si la figure du supplicié s'imposait à l'attention; mais elle est tout à fait insignifiante et d'une expression si banale et si douteuse qu'on ne s'attarde pas à la regarder, et que le torse, bien étudié cependant et bien peint, ne retient pas le spectateur, pressé de s'éloigner de cette composition manquée.

M. Jean Brunet a voulu compléter dans le même style la pensée de M. Aimé Morot. Celui-ci nous montre le Christ tout seul; celui-là, sous le nom de : « Les Gibets du Golgotha », nous fait voir les deux larrons également liés de cordes à des arbres peu façonnés. J'estime qu'en de tels sujets le réalisme ne devrait pas être la principale préoccupation du peintre, et je ne vois pas ce que l'intérêt du drame perdrait à ce que les jambes de ces infortunés fussent moins gonflées et moins variqueuses. Non, en vérité, je ne le vois pas.

Je ne vois pas non plus ce que gagne « Judith » à être représentée par M. Cazin, au moment du « départ » dans le costume moderne et laid d'une femme de maçon qui va porter la soupe à son mari. Mais je vois bien où est allé M. Carolus Duran en suivant l'idée burlesque de peindre « Une tentation ». Il est présumable qu'il n'y retournera pas, et que cet essai malheureux lui suffira. Le sujet, interprété de cette façon, est fort scabreux; il est même, au point de vue psychologique, inquiétant pour l'état mental du bon saint Antoine et de l'artiste lui-même. Il ne se rachète, en outre, par aucune des qualités qu'on cherche toujours et qu'on trouve quelquefois dans les œuvres de ce maître encore contesté.

Les seuls tableaux religieux qui m'aient attiré sont d'abord : « La Vision de saint François d'Assise », par M. Chartran. L'expression fiévreuse et exaltée, à la fois étonnée et ravie du saint à la vue du divin joueur de « biniou » qui entre dans le grenier, est parfaite. Le contraste du lourd compagnon du saint, qui dort si bien aux côtés de celui-ci et dont le sommeil n'est hanté par aucune vision surnaturelle, est heureusement trouvé et donne à la scène sa juste

médicament, regrettent vivement la suppression de cette boisson dans les services hospitaliers, et espèrent que cette décision sera rapportée :

Le Fort, Trélat, Duplay, Depaul, Panas, Verneuil, Desprès, Tillaux, Nicaise, Lannelongue, Richelot, Humbert, Reclus, Terrillon, Monod, Schwartz, Bouilly, Pozzi, Marchand, Berger, Gillette, Le Dentu, Delens, Lucas-Championnière, Th. Anger, Polaillon, Guéniot, Marc Sée, Cruveilhier, Horteloup, Périer, Terrier, Kirmisson.

Nous ignorons pendant combien de semaines cette protestation et ce vœu sont destinés à dormir dans les cartons administratifs. Mais nous voulons espérer qu'un jour viendra où M. Quentin daignera comprendre qu'un homme ne peut trancher à lui seul tous les problèmes d'où dépendent la vie et la santé publiques, et que, dans les questions médicales, il n'est pas toujours inutile de consulter les médecins. — L.-G. R.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE LA NATURE PARASITAIRE DE L'IMPALUDISME;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 28 avril 1882,

Par M. A. Laveran,

Médecin-major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 12 juin.)

Les malades que j'ai examinés avaient pris la fièvre sur les points les plus variés de l'Algérie ou de la Tunisie, quelques-uns avaient contracté la fièvre en France ou en Corse et étaient arrivés depuis peu en Algérie.

Un de mes collègues, M. le docteur Richard, a réussi à retrouver à Philippeville (province de Constantine), dans le sang d'un grand nombre de malades atteints d'impaludisme, tous les éléments que j'ai décrits, et j'ai pu m'assurer par moi-même que les éléments pigmentés trouvés dans le sang des malades de Philippeville étaient bien les mêmes que ceux observés à Constantine.

J'ai recherché les éléments pigmentés décrits plus haut, dans le sang d'un grand

---

valeur. La figure du musicien mystique est fort jolie, et l'indication des mains est excellente ; — ensuite, une « Adoration des bergers » lesquels se tiennent à distance respectueuse de l'enfant dont une étoile leur a révélé la naissance, m'a paru sortir de la banalité consacrée et pour ainsi dire de rigueur en un sujet tant de fois traité. — Enfin M. Paupion a su mettre un sentiment très doux et très sérieux dans une légende, — toute moderne, je crois, — qui raconte que Jésus prit un soir la place d'une nourrice « sur le vieux banc de bois d'une pauvre hutte », et que, « pendant une minute », il fila la quenouille et berça le petit. Si la légende est apocryphe et médiocre, les qualités du peintre sont réelles et le tableau est bon.

La peinture qu'on pourrait appeler médicale laisse beaucoup à désirer. M. Debat-Ponsan expose : « Le Massage; — scène de Hammam. » En réalité, il ne s'agit que de deux femmes nues, l'une blanche et l'autre noire; la première couchée, et la seconde debout, qui se font opposition de toutes manières. Quant au massage, il n'en est pas question. La facture, d'ailleurs assez solide, ne manque pas de qualités.

M. Born-Schlegel, dans « La Consultation du Médecin » et dans « Le Bain de l'Enfant », n'a pas réussi à mettre un bien vif intérêt. Si les sujets nous laissent froid, la facture nous paraît plus molle et plus indécise qu'il ne convient.

Nous en devons dire autant de « L'Auscultation » à laquelle M. Heil nous fait assister, sans que nous puissions deviner dans quel but. Deux jeunes femmes, en toilette de ville, sont dans le cabinet du docteur. L'une, debout, s'est débarrassée de son corsage afin de permettre au médecin d'appliquer l'oreille à nu sur ses épaules; — l'autre, assise, regarde cette scène avec une expression qui n'est pas suffisamment déterminée. Qu'y a-t-il là qui mérite de captiver l'attention? Ah! si les choses s'étaient passées comme chez un de nos plus distingués méde-

nombre de malades atteints d'affections étrangères à l'impaludisme; cet examen a toujours été négatif.

L'existence, dans le sang des individus atteints d'impaludisme, des éléments pigmentés que j'ai décrits sous les noms de corps nº 1, nº 2 et nº 3, est aujourd'hui hors de doute; la nature et le rôle pathologique de ces éléments ne me semblent pas non plus douteux, bien que plusieurs points relatifs à l'histoire de ces corps soient encore très obscurs.

Lorsqu'on a constaté l'existence des mouvements si vifs des grains pigmentés dans l'intérieur des corps nº 2, et ceux plus remarquables encore des filaments mobiles, il me paraît impossible de garder le moindre doute sur la nature animée de ces corps. Il n'est pas admissible qu'on puisse confondre les mouvements très vifs, très variés, très compliqués des filaments mobiles, avec les mouvements amiboïdes des leucocytes, mouvements lents, très difficiles à constater pour les leucocytes de l'homme quand on ne se sert pas de la platine chauffante, et je m'étonne que quelques observateurs continuent à me faire cette objection.

Il suffit de jeter les yeux sur la figure E pour se convaincre que ces filaments transparents, de même grosseur, de même longueur, renflés légèrement à leur extrémité libre, ne ressemblent nullement à des prolongements amiboïdes des leucocytes, et cette conviction est entière, absolue, quand on a vu ces filaments en mouvement. Le fait seul que les filaments mobiles se détachent à un moment donné des corps nº 2 et continuent à se mouvoir avec vivacité au milieu des hématies, n'est-il pas une preuve évidente de la nature animée de ces corps? J'ai montré à plus de vingt confrères les corps nº 2 munis de filaments mobiles, et les plus sceptiques m'ont déclaré qu'ils ne conservaient pas de doutes sur la nature animée de ces corps; il y a là un fait d'observation très net, très évident.

L'histoire naturelle de ces parasites du sang présente, à vrai dire, encore plus d'une obscurité. Je suppose que les corps nº 1 et nº 2 sont des espèces de kystes renfermant les éléments parasitaires à l'état d'œufs ou d'embryons. Lorsque les embryons se développent, ils deviennent mobiles, on a alors les corps nº 2 renfermant

---

cins des stations thermales des Pyrénées, de qui je tiens le fait, à la bonne heure! Jugez-en, bienveillant lecteur. Une très grande et très célèbre dame du dernier Empire (je pourrais, au besoin, la nommer, car, hélas! elle n'a pas survécu au règne dont elle fut une des illustrations) se présente chez le docteur hydropathe et lui remet une lettre de son médecin de Paris. Celui-ci la croyait menacée de tuberculose; comme l'évènement l'a prouvé, il ne se trompait pas. Quand le docteur eut fini la lecture de la lettre, la dame lui dit : « Vous désirez sans doute m'ausculter? — Oui, madame. — Eh bien! attendez. » Elle ôte sa robe : « Mais, madame, il suffisait de laisser tomber le corsage. — Non, non, il faut faire les choses à l'aise et complètement. » Et la voilà qui, rapidement, se met nue comme « Ève à son premier péché » Le docteur la regardait ébahi et ne bougeait pas : « Eh bien! lui dit-elle en riant, comment me trouvez-vous? » Le docteur se recula, afin d'être au point de vue, fit le tour de sa cliente comme un connaisseur qui examine attentivement une statue et, avec un accent de sincérité absolue, lui dit : « Madame, vous êtes admirable! — Bien! à présent, docteur, auscultez-moi. » Et cela fut fait ainsi. Il est regrettable que M. Heil n'ait pas connu ce détail inédit de l'histoire impériale, car l'auscultation pratiquée dans ces conditions eût présenté du moins un aspect assez imprévu.

M. Bakalowicz expose le portrait de M. le docteur F..., que nous n'avons pas l'honneur de connaître et dont nous n'avons rien à dire; — M. Ragot, celui de M. le docteur Benjamin Anger, fort ressemblant, car nous l'avons reconnu de loin, bien qu'il soit placé beaucoup trop haut; — Mlle Rignot-Dubaux, celui de M. le docteur Malterre, dont nous ne pouvons apprécier la ressemblance, mais qui a, sous des cheveux blancs, l'air jeune et une physionomie des plus sympathiques.

M. Jenoudet nous montre : « En Novembre », une pauvre vieille grand'mère assistant, le cœur brisé, à l'une des dernières journées d'une fillette qui va mourir de la poitrine. Les mains qui soutiennent la tête de l'aïeule sont remarquablement belles, l'expression des têtes sort tout à fait de la banalité habituelle, et le sentiment de toute la composition est d'une justesse malheureusement fort rare.

Cl. SUTY.

des grains pigmentés mobiles; lorsque les animalcules sont arrivés à l'état parfait, à l'état adulte, ils prennent l'aspect de filaments mobiles qui, après s'être débattus quelque temps pour se dégager du kyste, finissent par devenir libres dans le sang. On trouve dans l'histoire de la génération chez les protistes des exemples analogues d'êtres qui vivent à l'état d'enkystement pendant la période embryonnaire, et qui à l'état adulte se dégagent de leur kyste et deviennent libres.

Comment sont constitués les kystes qui renferment les éléments parasitaires à l'état d'œufs ou embryons? S'agit-il de poches particulières, indépendantes des éléments normaux du sang? ou bien sont-ce les hématies qui font les frais des corps nº 1 et nº 2? Cette deuxième hypothèse a été défendue récemment par M. le docteur Richard (*Communication à l'Académie des sciences*, 20 février 1882); pendant quelque temps elle m'avait paru assez vraisemblable, si bien que je l'avais émise dans une de mes premières communications à l'Académie de médecine; j'ai cru devoir l'abandonner après avoir constaté les faits suivants :

1º Les corps nº 2 qui renferment des grains pigmentés mobiles présentent, souvent des mouvements amiboïdes très nets qu'on n'observe jamais sur des hématies.

2º A côté des corps nº 2 qui ont à très peu près le diamètre des hématies, il en existe d'autres, évidemment de même nature, qui n'ont guère qu'un à deux millièmes de millimètre de diamètre, et qui, par conséquent, sont beaucoup plus petits que les plus petits globules du sang. Quelques-uns de ces corps libres isolés ou agglomérés ont été représentés figures I et K.

3º Sur les préparations de sang fixées par l'acide osmique, colorées par le picro-carmin et montées dans la glycérine, on constate que les corps nº 1 et nº 2 ont une enveloppe à double contour; il est très difficile de comprendre qu'une hématie puisse être transformée en un kyste muni d'une paroi à double contour.

Il est très vrai qu'on trouve souvent, dans le sang des malades atteints de fièvre palustre, des hématies qui paraissent creusées de cavités renfermant des grains pigmentés; mais il est bien probable que cet aspect est dû à ce que les corps nº 2 s'accolent souvent aux hématies. On trouve parfois 2, 3 ou 4 corps nº 2 de petit volume sur une même hématie; l'hématie se creuse au niveau de ces corps et devient transparente; à mesure que les corps nº 2 s'accroissent, l'hématie à laquelle ils étaient accolés s'use de plus en plus, et en fin de compte disparaît. L'existence dans le sang de corps nº 2 de moyen et de petit volume libres, indépendants des hématies, montre bien que les corps nº 2 ne sont pas seulement des hématies transformées par la présence du parasite.

J'arrive au rôle pathologique des éléments parasitaires décrits ci-dessus. Les propositions suivantes qui, toutes, reposent sur un grand nombre de faits, me paraissent établir d'une façon évidente la relation de cause à effet qui existe entre ces parasites du sang et les accidents de l'impaludisme :

1º Les éléments parasitaires existent toujours dans le sang des malades atteints d'impaludisme; si l'examen du sang fait sur le vivant ne permet pas de constater dans tous les cas la présence de ces éléments, l'anatomie pathologique démontre qu'on les trouve toujours au moins dans les capillaires de la rate.

2º L'abondance des éléments parasitaires dans le sang est en rapport direct avec la gravité des accidents; chez les individus qui succombent à quelque complication survenue dans le cours d'une fièvre intermittente simple, les éléments pigmentés ne se rencontrent qu'en petit nombre, et seulement dans le foie et dans la rate; au contraire, chez les sujets morts de fièvre pernicieuse, les éléments pigmentés existent en très grand nombre dans tous les organes, dans tous les tissus vasculaires.

3º Chez les malades atteints de fièvre intermittente, c'est au début des accès qu'on trouve dans le sang les éléments parasitaires en plus grand nombre et sous leurs formes les plus caractéristiques : corps nº 2 renfermant des grains pigmentés mobiles, filaments mobiles. Lorsque le microscope révèle dans le sang d'un malade la présence de ces derniers éléments, on peut prédire presque à coup sûr que

ce malade va avoir un accès de fièvre, alors même qu'il n'existe encore aucun trouble morbide apparent et que la température est normale.

4° Les éléments parasitaires que j'ai décrits sous les noms de corps n° 1, n° 2 et n° 3 n'existent jamais dans le sang des individus atteints de maladies étrangères à l'impaludisme.

5° Les éléments parasitaires disparaissent rapidement du sang lorsque les malades atteints d'impaludisme sont soumis à la médication quinique. On peut s'assurer directement qu'au contact d'une solution même très faible de sulfate de quinine, les mouvements des filaments mobiles cessent et que les corps n° 2 prennent leurs formes cadavériques. Le sulfate de quinine, qui tue rapidement les animalcules arrivés à l'état adulte, a probablement beaucoup moins d'action sur les germes de ces animalcules, d'où la fréquence des récidives.

Il serait très important, sans contredit, d'ajouter à ces preuves celle que fournirait l'inoculation des parasites; malheureusement les conditions dans lesquelles on devrait se placer pour cette inoculation sont difficiles à remplir. Après avoir constaté l'existence des éléments parasitaires dans le sang d'un malade atteint de fièvre palustre, il faudrait recueillir du sang chez ce malade et l'injecter immédiatement dans les veines d'un individu sain; or, dénuder une veine, y placer une canule et injecter du sang par cette canule, tout cela constitue une opération très sérieuse dont, pour ma part, je ne voudrais pas prendre la responsabilité.

On peut, il est vrai, faire cette expérience sur des animaux, mais il n'est pas prouvé que les animaux soient sujets aux accidents de l'impaludisme. J'ai injecté dans les veines, chez des lapins, du sang contenant des éléments parasitaires et je n'ai obtenu que des résultats négatifs. On sait que les maladies parasitaires sont toujours particulières à une espèce ou à quelques espèces voisines; le résultat négatif de ces expériences n'a donc rien de surprenant.

Les éléments parasitaires qui se trouvent dans le sang des malades atteints d'impaludisme me paraissent assez bien caractérisés, au point de vue morphologique, pour qu'on puisse se passer de la contre-épreuve fournie par l'inoculation, inoculalation qui devrait être, dans l'espèce, une véritable transfusion du sang. L'existence d'acares sous l'épiderme, de trichines dans les muscles, de filaires dans le sang, ne suffit-elle pas à démontrer la nature parasitaire de la gale, de la trichinose et de l'hémato-chylurie? Les éléments parasitaires que j'ai trouvés dans le sang des malades atteints de fièvre palustre sont aussi caractéristiques de l'impaludisme que le sarcopte l'est de la gale, la trichine de la trichinose, la filaire du sang de la filariose.

Sous quelle forme et par quelle voie les parasites de l'impaludisme s'introduisent-ils dans l'économie? Les recherches que j'ai entreprises pour résoudre ces questions ne m'ont pas donné encore de résultats assez certains pour que je me croie autorisé à conclure.

Il me serait facile, Messieurs, de vous montrer qne l'existence de parasites dans le sang des malades atteints d'impaludisme s'accorde bien avec ce que nous savons des conditions dans lesquelles se développe cette maladie, de ses symptômes, de sa marche, de sa curabilité par le sulfate de quinine, mais je craindrais d'être entraîné trop loin et de lasser votre attention. Je me contenterai de rappeler que de tout temps la théorie parasitaire de l'impaludisme a trouvé des partisans convaincus et que de nombreuses tentatives ont été faites pour découvrir le parasite de l'impaludisme dans l'air, dans l'eau ou dans le sol des localités marécageuses. J'espère vous avoir montré dans le cours de ce travail que la théorie parasitaire de l'impaludisme reposait maintenant sur des faits précis, sur des bases solides.

BIBLIOTHÈQUE

Les thèses du concours d'agrégation en médecine (1883).

Suite. — (Voir le numéro dd 5 juin.)

XI. — Troubles fonctionnels du pneumogastrique, par le docteur Maurice Letulle. Paris, Asselin et Ce.

Voici la thèse la plus volumineuse du concours; mais il ne faut pas blâmer l'auteur d'avoir donné d'aussi longs développements à son travail, parce que, comme il le dit très bien, « le sujet de thèse qui lui était imposé embrasse toute la pathologie humaine. »

Pour en faire autant que possible un travail complet malgré son étendue, M. Letulle a indiqué en quelques pages la distribution anatomique du pneumogastrique, consacré qresque la moitié de sa thèse à la physiologie du vague, et le reste à la pathologie. Cette division s'explique; pour comprendre les troubles fonctionnels d'un organe, d'un nerf, il faut d'abord en connaître les fonctions normales; il fallait donc indiquer ces fonctions; peut-être aurait-on pu commencer chaque chapitre pathologique par des données de physiolomie normale; mais si le lecteur y avait gagné de pouvoir comparer plus facilement l'état normal et l'état pathologique des fonctions du nerf vague, il y aurait perdu le tableau d'ensemble que M. Letulle a fait de ces deux états.

La partie physiologique comprend trois chapitres, consacrés au rôle du pneumogastrique dans la respiration, la circulation et la digestion. Pour les appareils respiratoire et cardiaque, on avait à étudier le rôle moteur, sensitif et trophique du nerf vague, et en outre les réflexes respiratoires et cardiaques. Pour l'appareil digestif, beaucoup plus étendu, on a dû diviser l'étude des fonctions du pneumogastrique en deux parties : l'une consacrée à la moitié supérieure, et l'autre à la moitié inférieure de cet appareil, en ajoutant à cette dernière les organes abdominaux.

Dans la partie pathologique, M. Letulle examine le rôle du nerf vague dans la pathologie de ces trois appareils, et en outre dans les maladies générales; l'action des substances médicamenteuses sur le pneumogastrique; enfin nous trouvons un dernier chapitre relatif à la pathologie générale.

Cette simple énumération suffit pour montrer toute l'étendue du sujet, qui touche à la pathogénie et à la séméiologie de presque toute la pathologie interne : les laryngopathies d'origine nerveuse, l'asthme, la coqueluche, l'adénopathie trachéo-bronchique, les lésions inflammatoires du poumon, le phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes; les troubles du rhythme cardiaque, les névroses du cœur, les maladies organiques de cet organe, de l'aorte, du péricarde; la plus grande partie des troubles fonctionnels de l'appareil digestif : vomissements, polyphagie, gastralgie, coliques, dyspepsies, phénomènes cardio-pulmonaires et nerveux consécutifs à ces troubles; il joue encore son rôle dans les maladies générales, le diabète, la fièvre typhoïde, la diphthérie, la rage, et on pourrait même le retrouver souvent dans la pathologie chirurgicale des diverses régions qu'il innerve.

Devant l'immense quantité de matériaux accumulés dans ces dernières années sur le nerf vague, M. Letulle ne pouvait que dresser un cadre capable de les y faire rentrer avec ordre et méthode, en les résumant autant que possible. Nous croyons que son exposé pourra satisfaire les plus difficiles.

XII. — Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets, par le docteur Baumel, de Montpellier. Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Ce n'est que depuis quelques années que de nombreux travaux ont commencé à jeter un peu de lumière sur la pathologie du cœur droit, sur laquelle il n'existait pas encore, à notre connaissance, de travail d'ensemble comparable à celui de M. Baumel. L'auteur a dû rassembler les matériaux épars dans la littératnre médicale si étendue de notre époque, les grouper, et en composer le tableau clinique des maladies du cœur droit. Etant donné le peu de temps qu'il avait pour mener sa tâche à bonne fin, on ne peut que le féliciter du résultat auquel il est arrivé. Il était juste que ce sujet dont l'étude est, dit-il, presque entièrement, sinon exclusivement française, fût bien présenté pour la première fois dans son ensemble par une plume française.

Pour mettre un peu de netteté dans son exposition, M. Baumel étudie d'abord les lésions en elles-mêmes, dégagées de toute complication, enfin leurs résultats immédiats ou éloignés. Il a divisé son sujet en trois parties : l'une consacrée aux lésions de l'endocarde (endocardites), l'autre aux altérations des orifices et des valvules (rétrécissement et insuffisance de l'artère

pulmonaire et de l'orifice auriculo-ventriculaire droit) ; enfin, la troisième aux modifications pathologiques du myocarde (dilatation, hypertrophie, dégénérescences diverses). M. Baumel s'attache à démontrer que les deux premiers groupes constituent les lésions véritablement primitives du cœur droit, et que le dernier est principalement constitué par des lésions habituellement secondaires ou consécutives.

(A suivre.) L.-H. PETIT.

JOURNAL DES JOURNAUX

Modifications histologiques de la peau dans la rougeole et la scarlatine, par NEUMANN. — Dans la rougeole, les lésions siègent spécialement sur les glandes et les vaisseaux sanguins de la partie superficielle du derme et du corps papillaire. On observe une prolifération embryonnaire autour des glandes sudoripares et de leur canal excréteur, autour des glandes sébacées et des follicules pileux. De là, sans doute, l'insuccès des inoculations pratiquées avec les débris de l'épiderme des rubéoliques (Mayr, Monro), et la possibilité d'inoculer la maladie avec le sang, les sécrétions lacrymale, nasale et buccale. Le poison rubéolique agit comme les substances qui irritent les glandes cutanées (iode, brome, etc.).

Les altérations cutanées de la scarlatine siègent sur le corps de Malpighi et les cellules superficielles du derme. Des exsudats se sont substitués aux cellules épidermiques et infiltrent le derme. De là, sans doute, la contagiosité de la scarlatine jusqu'à la fin de la desquamation, le contage ayant pénétré jusqu'aux cellules épidermiques. (*Ann. de dermat. et de syph.*, p. 595, 25 octobre 1882 et *Med. Johr. der. Kek Gesell der Aerzte*, 1882).

Des paralysies consécutives à des injections d'éther, par M. le docteur ARNOZAN. — Dans ce mémoire, le docteur Arnozan montre : 1° que les injections d'éther dans les muscles produisent la paralysie de ces organes; 2° que cette paralysie n'est pas sans analogie avec des paralysies de cause périphérique, telles que la paralysie faciale, et s'accompagne de perte de l'excitabilité électrique; le retour de cette dernière est plus tardif que celui de l'excitabilité volontaire; 3° que la plupart de ces paralysies sont curables spontanément. L'électrisation accélère la guérison. Doit-on placer le siège de cette paralysie dans les troncs nerveux ou dans les muscles? Doit-on admettre une lésion des terminaisons nerveuses? C'est à l'expérimentation de trouver l'explication de ces phénomènes. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 juin 1882).

De l'érythème, par BEHREND. — L'auteur distingue deux classes d'érythème. L'érythème simple qui est lui-même soit *apyrétique*, soit *fébrile*. L'érythème apyrétique *physiologique* est *émotif*, ou bien se montre chez les nouveau-nés. L'érythème apyrétique *pathologique* est dû au traumatisme ou à la chaleur. Les *érythèmes fébriles simples* sont : 1° l'érythème ou roséole infantile; 2° les érythèmes médicamenteux et septiques, la scarlatine traumatique et certaines scarlatines puerpérales ; 3° l'érythème vaccinal; 4° l'érythème ou rash variolique.

L'*érythème exsudatif*, ou de la seconde classe, peut être ou bien polymorphe, ou bien noueux. (*Annales de dermat. et de syph.*, p. 594, 23 octobre 1882 et *Real Encycl. der Gem. Heilkunde.*)

Des lavements de sang, par ERNST SANSOM. — Le sang employé pour ces essais thérapeutiques était défibriné et administré à la dose de 3 ou 4 onces. On a constaté que l'absorption se produisait, par l'examen des selles matinales des malades qui avaient été soumis le soir à cette médication, ou pendant le cours d'autopsie.

Le sang était celui du bœuf, mais on peut aussi faire usage du sang de mouton. L'un et l'autre doivent être défibrinés au moment de l'emploi et chauffés à une douce température. Dans les cas graves, quand l'estomac ne peut tolérer aucune alimentation, on répète ces lavements toutes les deux ou trois heures. Dans les maladies chroniques et consomptives, on doit, chaque jour, administrer 2 à 6 onces de sang ainsi défibriné. Le seul inconvénient est de produire quelquefois de la constipation. (*The Thérapeutic Gazette*, 15 décembre 1882, p. 475.)

Hémoptysie supplémentaire des hémorrhoïdes, par LEWIN. — Deux fois, l'auteur a eu l'occasion d'observer ces faits, qui sont semblables à ceux que signalaient souvent les anciens médecins. Ces hémoptysies n'étaient ni précédées de toux, ni accompagnées des signes physiques de lésions broncho-pulmonaires. Malgré l'abondance de l'hémorrhagie, la guérison était rapide et le retour du flux hémorrhoïdal la rendait définitive.

Les hémoptysies de cette nature sont souvent méconnues, et à l'appui de cette hypothèse pathogénique, le docteur Lewin cite les observations de malades hémorrhoïdaires chez les-

quels Ruhle arrêtait l'hémoptysie par l'application de sangsues à l'anus. (*Berliner klin. Wochens.*, 18 décembre 1882, et *N.-Y. Médical record*, 27 janvier 1883, p. 93.)

De la belladone dans l'obstruction intestinale, par Henri NAYLOR. — Dans un cas, qui avait résisté aux traitements divers employés habituellement, l'auteur fit usage de l'extrait de belladone associée au calomel et à l'opium. L'extrait de belladone était administré toutes les quatre heures, par doses d'un quart de grain. Les symptômes douloureux et la constipation furent ainsi vaincus. L'auteur se demande par quel mécanisme agit la belladone? Est-ce par une stimulation des fibres musculaires intestinales analogue à celle de l'atropine sur le muscle irien, ou bien comme analgésique et calmant du spasme douloureux? (*The Australasian Medical Gazette*, août 1882, et *The Thérap. Gazette*, 15 décembre 1882, p. 478.)

L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juin 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Lunier dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale, en remplacement de M. Hillairet, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Lunier prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend des lettres de candidature :

De M. de Saint-Germain pour la section de pathologie chirurgicale ;

De MM. Dumontpallier et Hayem pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ;

De M. Foville pour la section des associés libres ;

De M. Morache (de Bordeaux) pour le titre de membre correspondant.

—

M. LARREY présente, au nom de M. Rambosson, lauréat de l'Institut, un volume intitulé : *Phénomènes nerveux, intellectuels et moraux, leur transmission par contagion.*

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, de la part de M. le docteur Brame, une note manuscrite sur le traitement des affections de l'appareil locomoteur.

M. Léon LE FORT présente, au nom de M. le docteur Rousselat-Beaulieu, une brochure intitulée : *Du diabète, sa nature, son traitement.*

M. Léon LABBÉ présente, au nom de M. le docteur Denis-Dumont (de Caen), un volume intitulé : *Propriétés médicales et hygiéniques du cidre ; la maladie de la pierre en Basse-Normandie.*

M. GUENEAU DE MUSSY (Noël) présente, au nom de M. le docteur Warlomont, un ouvrage intitulé : *Traité de la vaccine et de la vaccination.*

—

M. A. GAUTIER, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical.

—

M. le docteur DEMONS (de Bordeaux) lit un travail intitulé : *Extirpation totale de l'utérus par le vagin*, et présente des pièces pathologiques à l'appui.

L'auteur rappelle d'abord que cette opération pratiquée pour la première fois par Récamier, en 1829, a été reprise à l'étranger, en 1879, par M. Garny d'Heidelberg, puis par des chirurgiens allemands, italiens, américains, anglais, avec des résultats vraiment encourageants.

C'est ainsi que le professeur Calderini aurait obtenu 40 guérisons sur un total de 62 opérations, et M. Schroëder (de Berlin), 8 guérisons sur 9 cas.

D'après ces précédents, M. Demons s'est décidé, au mois de décembre 1882, à pratiquer l'extirpation totale de l'utérus par le vagin sur une femme de 30 ans, atteinte d'un épithélioma du col, ayant envahi la partie inférieure du corps de cet organe. Malgré une péritonite survenue le sixième jour, cette malade a guéri. Le vagin n'avait été ni suturé, ni drainé.

M. le docteur Dudon, également chirurgien à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, pratiqua la même opération, le 6 janvier 1883, dans un cas analogue. Sur le conseil de M. Demons, il sutura le vagin et draina la plaie. La malade a guéri sans accident.

Le 22 février, M. Maudillont opéra de même une femme épuisée par des hémorrhagies. La guérison fut simple et facile. Enfin, tout récemment, M. Dudon perdit de péritonite aiguë une femme opérée par lui, sans sutures vaginales, ni drain.

De ces quatre faits, dont trois sont des succès complets, M. Demons déduit les conclusions suivantes : l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, complètement rejetée en France, mérite sans doute un meilleur accueil.

Elle est moins grave que l'extirpation par la voie abdominale.

Cette opération ne doit être faite que dans les cas déterminés où l'ablation complète du mal sera possible et où en même temps toute action limitée au col serait insuffisante.

Cette opération n'est pas très difficile si l'on suit certaines règles très simples : la suture du vagin, le drainage et les injections antiseptiques paraissent constituer le meilleur pansement.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Alphonse Guérin, Gosselin et Duplay, rapporteur.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) regrette de n'avoir pu assister à la dernière séance de la commission; il y aurait proposé et il propose encore à l'Académie d'ajouter la conclusion suivante à celles que la Commission a présentées : « Réduire dans la mesure du possible le mouvement d'immigration des jeunes gens de province. »

En effet, parmi les causes qui aggravent les épidémies, si elles ne les produisent pas, il faut mettre en première ligne l'arrivée de personnes non acclimatées dans les lieux où les épidémies sévissent. On a vu ainsi une caravane d'Esquimaux être entièrement anéantie par la variole pour avoir été soudainement transportée d'un pays indemne dans un pays infecté.

En ce qui touche particulièrement la fièvre typhoïde, M. Joseph Bertillon a établi que, par l'ensemble des décès par fièvre typhoïde dans la capitale, il y en a plus qui se rapportent à des individus nés hors de Paris qu'à des individus nés dans cette ville.

C'est une preuve de plus à l'appui de l'importance étiologique de la condition de nouveau venu.

M. Jules Rochard : Messieurs, si je prends la parole pour la quatrième fois dans cette discussion, ce n'est pas pour prolonger le débat, c'est pour le clore.

Tout a été dit de part et d'autre, et j'estime, pour ma part, que les meilleurs arguments perdent à être répétés. Je ne répondrai donc pas à M. Blot ni à M. Fauvel; je me bornerai à leur affirmer de nouveau que jamais la pensée ne m'est venue de leur adresser une parole désobligeante, de suspecter leur bonne foi, ou de contester leur compétence. Quant aux froissements que j'aurai pu subir moi-même, dans le cours de la discussion, je trouve ma personne si peu de chose en face de l'importante question qui nous occupe, que je n'y songe même pas.

Du reste, il n'est plus question de tout cela. L'heure de la discussion est passée, le moment du vote est venu. Il ne s'agit même pas de savoir si nous devons soumettre ou non des conclusions au ministre; l'Académie s'est formellement prononcée sur ce point lorsqu'elle a nommé la commission. Ce qui est en cause aujourd'hui, c'est la forme à donner à ces conclusions. Vous avez à opter entre celles de M. Fauvel et les miennes. Je ne tiens pas à ma rédaction; mais elle a été adoptée par la commission, qui l'a faite sienne; elle a été défendue à la tribune par MM. Marjolin et Lagneau; elle rend bien notre pensée, nous n'avons donc pas de raisons pour l'abandonner.

On nous reproche de chercher à frapper fort, au lieu de viser à frapper juste, de vouloir faire la leçon au gouvernement; on parle de voies nouvelles, hardies, dans lesquelles je voudrais vous entraîner. Eh! Messieurs, vous allez, dans un instant, entendre de nouveau la lecture de ces conclusions et vous verrez qu'elles sont pleines de déférence dans la forme, de réserve et de modération dans le fond. M. Colin, qui les a adoptées, voudrait qu'on y ajoutât une proposition relative aux jeunes ouvriers qui viennent chaque année de la province demander du travail à Paris; il voudrait que nous émissions le vœu qu'on diminuât cette immigration dans la mesure du possible. Je m'associe complètement à ces désirs; nous avons signalé le mal avec une énergie qui a paru excessive à nos contradicteurs; mais, quant aux moyens d'y rémédier, j'avoue que je ne les entrevois pas. Il est impossible, sans porter atteinte à la liberté individuelle, d'empêcher les jeunes gens de venir chercher à Paris du travail ou du plaisir; on ne peut que leur montrer ce qu'il en coûte. L'Etat ne saurait, sans porter atteinte au droit de propriété, limiter le pouvoir qu'ont les capitalistes d'abattre de

vieux quartiers pour en construire de neufs. Cette impulsion s'arrêtera bientôt d'elle-même, parce que déjà l'offre dépasse de beaucoup la demande; mais l'Etat n'y peut absolument rien. Du reste, la commission, dont M. Colin fait lui-même partie, examinera sa proposition avec toute l'attention qu'elle mérite et avec le vif désir de lui trouver une formule. Il en sera de même des changements de rédaction qui pourront être demandés, lorsque l'Académie passera à l'examen de chacune des conclusions en particulier.

Pour le moment, il ne s'agit que de clore le débat et de lui donner une sanction générale, en passant à la discussion des articles. Le corps médical attend votre décision avec impatience. Il connaît nos conclusions; il les approuve et les escompte déjà. L'autorité y est sympathique et les a devancées. On a fermé certaines usines insalubres, telles que celle de Nanterre et celle des Hautes-Bornes; on en a éloigné d'autres. Une loi destinée à remplacer celle du 13 avril 1850, sur les logements insalubres, a été proposée à la Chambre des députés par M. Martin-Nadaud, et le rapport est déjà fait. Enfin M. le Préfet de police a demandé au Conseil municipal et en a obtenu les crédits nécessaires pour établir une inspection permanente des logements garnis, lesquels sont dans ses attributions. N'aurions-nous obtenu que cette dernière création que ce serait déjà quelque chose. Pour ma part, la pensée que j'ai pu contribuer à assainir ces affreux garnis, à faire pénétrer un peu plus d'air, d'eau, de soleil et de lumière dans ces habitations déshéritées, cette pensée suffit pour me récompenser de mes efforts.

Eh bien, Messieurs, vous ne voudrez pas, en vous tenant dans une réserve trop timide, en prenant une attitude trop effacée, tromper l'attente de l'opinion et du corps médical; vous ne voudrez pas décourager le bon vouloir des pouvoirs publics, et vous voterez les conclusions que votre commisssion vous soumet, sans en affaiblir l'expression.

M. LE PRÉSIDENT dit que les conclusions sur lesquelles l'Académie est appelée à voter sont de deux ordres : . . . .

Les unes sont de simples considérants relatifs à l'étiologie de la fièvre typhoïde; il ne pense pas que ces conclusions puissent être l'objet d'un vote;

Les autres sont relatives aux vœux exprimés par l'Académie sur les mesures à prendre pour la prophylaxie de la fièvre typhoïde; c'est sur cet ordre de conclusions qu'il pense que l'Académie doit être appelée à voter exclusivement.

M. Léon LE FORT regrette de ne pouvoir partager la manière de voir de M. le Président. Il pense que les conclusions relatives aux causes doivent être soumises au vote de l'Académie, comme celles relatives aux moyens d'empêcher l'éclosion et la propagation de la fièvre typhoïde. Ces deux ordres de conclusions sont connexes et ne peuvent être séparés l'un de l'autre.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture des conclusions de la commission : les trois premières, comprenant de simples considérants étiologiques, ne sont pas mises aux voix.

La quatrième conclusion est ainsi conçue :

« La présence autour de Paris de dépotoirs et de dépôt de voirie trop rapprochés de la ville et qui en infectent l'air pendant l'été. (Considérée comme cause de fièvre typhoïde.) »

M. Léon LE FORT estime que cette conclusion est un peu trop absolue. Il ne croit pas que les dépotoirs puissent être considérés comme une cause réelle d'infection pour la ville. Si les odeurs de Paris étaient dues aux dépotoirs, elles devraient être bien plus marquées à la circonférence de Paris, où existent ces dépotoirs que dans le centre même de la ville. Or, il n'en est pas ainsi, et M. Le Fort a pu s'en assurer dans deux pélerinages qu'il a entrepris successivement aux dépotoirs de Bondy et d'Aubervilliers. Suivant lui, il n'est pas possible d'admettre que les odeurs du centre et de la circonférence de Paris sont dues aux dépotoirs qui existent autour de la capitale. Il est certain que des odeurs très désagréables peuvent provenir de ces dépôts, quand toutes les précautions nécessaires ne sont pas prises. Mais là n'est pas la question au point de vue de l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde; la question est celle-ci : Les dépotoirs peuvent-ils être la cause de l'éclosion des germes de la fièvre typhoïde? Jadis on pouvait le prétendre, parce que l'on ne prenait aucune mesure contre la production des miasmes exhalés des matières fécales en fermentation. Mais aujourd'hui l'industrie s'exerce d'une manière fort différente, comme M. Le Fort s'en est assuré en visitant l'usine Lesage. Dans cette usine, les matières fécales restent trois jours, au maximum, au bout desquels elles sont complètement transformées. C'est de la question du système de « tout à l'égout » que l'Académie aurait dû surtout se préoccuper, et ce dont elle ne s'est pas du tout inquiétée.

En conséquence, M. Le Fort propose de modifier de la manière suivante les conclusions quatrième et cinquième de la commission :

« La présence autour de Paris de *certains* dépotoirs et de dépôts de voirie trop rapprochés de la ville, *et dans lesquels toutes les précautions ne sont pas prises contre la fermentation des matières fécales.*

« *Faire observer les règlements concernant l'éloignement des dépotoirs et dépôts de voirie, et l'observation des mesures prescrites pour que leurs émanations ne puissent nuire.* »

Enfin, M. Le Fort propose l'addition de la conclusion suivante :

« Repousser le projet de verser à l'égout les matières liquides et solides; cette mesure, dans l'état actuel des choses à Paris, sans une canalisation plus complète, sans une irrigation extrêmement abondante de tout le réseau d'égouts, ne pouvant être que des plus dangereuses pour la santé publique.

Sur la proposition de M. le Président, les conclusions de la commission modifiées par M. Le Fort, ainsi que la conclusion additionnelle proposée par cet orateur, sont renvoyées à l'examen de la commission.

Les autres conclusions sont successivement mises aux voies et adoptées à une très grande majorité.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret.

FORMULAIRE

Gargarisme contre la salivation mercurielle. — Jannart.

Acide tannique	2	grammes.
Hydrolat de roses	60	—
Mellite de roses	50	—

Faites dissoudre. — Pour gargarisme conseillé dans le cas de salivation mercurielle, lorsque l'inflammation est à son déclin, et pour tonifier la luette et les amygdales. — N. G.

COURRIER

Concours de l'agrégation. — Les questions données jusqu'à ce jour aux candidats de la section de chimie et de physique pour l'épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, sont : 1° Les acides tartriques et les tartrates ; 2° Du potassium et de ses principaux sels ; 3° La pile hydro-électrique.

Le jury a décidé que les séances auraient lieu tous les jours, sans exception autre que celle du dimanche.

— L'épreuve écrite du concours pour la section des sciences physiologiques et anatomiques s'est terminée samedi soir. La seconde épreuve, — épreuve orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, — a commencé mardi, 12 juin.

— Le docteur Aguilhon de Sarran fera huit leçons avec démonstrations pratiques sur la chirurgie dentaire, à sa clinique, rue Suger, 13. La première leçon aura lieu le vendredi 15 juin, à cinq heures du soir.

Nécrologie. — Le doyen des professeurs de physiologie, M. G. Valentin, vient de mourir à Berne le 25 mai. Il était né à Breslau en 1810, où il exerça d'abord la médecine. Il fut appelé à Berne en 1835. M. Valentin professait en allemand et en français.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C rue Dussoubs.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

NOTE SUR QUELQUES POINTS RELATIFS A L'ISOLEMENT DES VARIOLEUX DANS LES HOPITAUX;

Note communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 8 juin 1883,

Par le docteur RATHERY, médecin de l'hôpital Tenon.

Messieurs,

Dans l'une de nos dernières séances, notre collègue, M. Dujardin-Beaumetz, communiquait à la Société une lettre de M. le docteur du Mesnil, médecin de l'asile de convalescence de Vincennes, où ce distingué confrère signalait le fait suivant. Dans une même semaine, sur douze convalescents envoyés des services généraux de l'hôpital Tenon à Vincennes, trois avaient été pris de variole quelques jours après leur arrivée à l'asile. M. du Mesnil supposant avec raison que ces individus avaient dû contracter la variole à l'hôpital Tenon, était ainsi amené à se demander si l'isolement des varioleux n'était pas pratiqué d'une manière insuffisante dans cet hôpital.

Vous avez pu, d'autre part, lire dans les journaux le récit d'une prétendue révolte des varioleux à l'hôpital Tenon. La presse extra-médicale s'est emparée de ce petit évènement et l'a transformé en un fait divers à sensation. A l'en croire, plusieurs varioleux auraient escaladé les murs de l'hôpital et il n'aurait pas fallu moins que le secours de la force armée paur ramener à la raison ces révoltés d'un nouveau genre. La vérité est beaucoup moins dramatique. Trois convalescents réclamaient depuis plusieurs jours leur *exeat*. Les considérant comme incomplète-

FEUILLETON

CAUSERIES

J'ai pris la plume il y a quelques jours, ému d'un sentiment de pitié à la vue des professeurs de notre glorieuse Faculté de Paris, siégeant aux examens dans leurs robes de satin rouge.

Puis la plume m'est tombée des mains, parce que la température a changé. La chaleur était moins accablante, je n'en souffrais plus guère, et ma commisération pour ceux qui en souffrent baissait de plusieurs degrés. Tant est vraie cette maxime de La Rochefoucauld : « La pitié est souvent un sentiment de nos propres maux dans les maux d'autrui ; c'est une habile prévoyance des malheurs où nous pouvons tomber... » Plus s'éloignent les malheurs, plus vite la pitié s'envole.

Le thermomètre hésite à remonter ou à descendre encore, et la température sénégalienne qui s'annonçait comme une compensation légitime aux inondations de l'an dernier, est encore tenue en respect par de gros nuages et des vents chargés de pluie. Cependant je reprends la plume, sinon pour m'attendrir sur les souffrances que réservent à nos savants en robe les premiers mois d'une saison incertaine, du moins pour plaindre l'obligation où l'usage les condamne, de s'accoutrer d'une si étrange manière. Car le vêtement qu'ils portent non seulement les étouffe, mais leur messied absolument. L'hygiène et l'esthétique s'unissent pour le condamner.

Que nos maîtres me pardonnent, et que mon rédacteur en chef ne prenne pas ma philippique pour une personnalité : mais bien des fois j'ai été frappé du contraste qui règne entre

ment guéris et surtout comme encore parfaitement capables de semer autour d'eux la contagion, j'avais, à plusieurs reprises, refusé de signer leurs feuilles de sortie. L'un d'eux, plus impatient et plus entreprenant, parvint à se faire apporter en cachette des vêtements, et, profitant d'un jour de visite, il s'échappa, non point en escaladant les murs, mais beaucoup plus simplement en sortant avec les visiteurs par la grand'porte de l'hôpital. Quant aux deux autres malades, sur leur insistance, malgré l'avis formulé par moi, le directeur de l'hôpital, complètement désarmé vis-à-vis d'eux, fut forcé de les laisser sortir dès le lendemain.

Ces faits rapprochés l'un de l'autre me semblent indiquer dans le fonctionnement des services d'isolement des varioleux quelques lacunes sur lesquelles je vous demande la permission d'arrêter un instant votre attention.

Mon intention n'est pas de traiter à nouveau la grave question de l'isolement des maladies contagieuses et en particulier de la variole dans les hôpitaux. Il est certain qu'à un point de vue purement théorique, la seule manière réellement efficace de pratiquer un isolement rigoureux serait de placer les varioleux dans des hôpitaux complètement distincts des services généraux. Pratiquement, cependant, cette manière de faire a soulevé et soulèvera toujours, je le crains, de nombreuses objections. Il s'agirait tout d'abord de trouver un emplacement tel qu'une accumulation de nombreux varioleux dans un même point ne devînt pas un danger pour le voisinage. Or, à Paris du moins, cette condition me paraît difficile à réaliser.

Il est encore une raison qui, bien que secondaire en apparence, me paraît pouvoir être invoquée contre l'établissement d'hôpitaux spéciaux, je veux parler de l'instruction des élèves. Il est certain qu'aujourd'hui les élèves en médecine, qui ne fréquentent que les hôpitaux du centre, peuvent terminer leurs études sans avoir, je ne dirai pas soigné, mais même vu un seul varioleux. Qu'arrivera-t-il lorsque les varioleux seront relégués dans des hôpitaux lointains dont l'accès devra même logiquement être refusé aux étudiants. Sans vouloir toucher ici à une question brûlante, depuis l'établissement des services spéciaux d'accouchement, j'ai entendu les élèves les plus studieux se plaindre non sans motif de la difficulté, pour ne point dire de l'impossibilité où ils se trouvaient d'apprendre la pratique des accouchements, l'entrée de la plupart de ces services leur étant rigoureusement interdite. L'intérêt des malades, me dira-t-on, doit toujours primer l'intérêt scientifique; je suis le premier à le reconnaître, mais ici il ne s'agit point d'une question scientifique,

---

la robe de professeurs et les hommes qu'elle enveloppe. Aussi bien, nous pourrions dire en termes généraux qu'à part ses moments de folie et de débauche, l'humanité répugne à de pareils déguisements. Mais il y a plus : voyez notre Faculté parisienne, l'esprit moderne qui l'a depuis longtemps envahie, ou plutôt qui émane de son sein et qu'elle répand comme la bonne nouvelle, voyez ces hommes qui depuis un siècle ont renoncé à la morgue et au pédantisme, qui observent la nature, la dissèquent et l'analysent, fins sceptiques instruits par le glorieux passé de leur école, revenus de bien des préjugés, critiques vigilants que ne parviendra pas à déconcerter l'intempérance des écoles rivales. Voyez ces hommes, et dites-moi s'ils ressemblent à une corporation fermée, si leurs réunions sont des conciles et leurs doyens des pontifes. Ainsi, tout a changé, la science, les mœurs, le langage, et la robe est restée, dernier vestige des siècles d'ignorance, affublement bizarre des esprits émancipés. Sur ce dernier point, nous sommes restés médecins de Molière; et c'est les meilleurs d'entre nous, nos instructeurs, nos exemples, qui tiennent encore à justifier ses railleries.

Faut-il donc vous l'apprendre, vénérés professeurs, estimables agrégés? Vous êtes laids et ridicules avec vos toques monumentales et vos rabats garnis de poils de chat. Plus éclatante est la couleur de vos robes, plus modernes sont vos figures et parisiens tous vos gestes. Faut-il que l'habitude soit une seconde nature, pour que vous puissiez vous regarder sans rire!

On assure qu'un des professeurs qui tiennent le plus au maintien de la robe, a donné pour raison l'anecdote suivante. Un général qui avait vu bien des batailles, fut cité comme témoin dans le procès Bazaine, et vint au Conseil de guerre comme il aurait marché au feu. Mais, au moment de comparaître, sa crânerie l'abandonna; à la vue des uniformes étincelants de ses compagnons d'armes, il fut troublé comme un enfant, perdit contenance et fit à grand'peine sa déposition. Plus tard, il raconta cette émotion inattendue, cette fascination qu'avaient

mais d'une question sociale, car à mon avis, l'intérêt public consiste avant tout à avoir des médecins capables de reconnaître et de soigner une maladie aussi redoutable pour la population que la variole.

Quoi qu'il en soit, un des principaux reproches faits aux services d'isolement dans les hôpitaux généraux est le danger de contagion, auquel les malades de ces hôpitaux seraient exposés. Sans nier d'une manière absolue cette influence, voyons ce que répondent les faits à cet égard ? A l'hôpital Tenon, où je suis chargé du service des hommes varioleux depuis le 1er janvier, pendant le cours du premier trimestre je n'ai eu à soigner que 3 malades venant des services généraux de l'hôpital. Encore, pour l'un de ces malades, l'influence de la contagion intérieure ne saurait être invoquée, puisque la variole se déclara chez lui le deuxième jour de son entrée à l'hôpital. Aux deux cas restants, il faut ajouter les trois faits signalés par M. du Mesnil, ce qui porte à 5 le nombre des cas intérieurs pour le premier trimestre.

Or, pendant le même trimestre, nous avons reçu plusieurs malades venus d'autres hôpitaux où il n'existe pas de service d'isolement : un malade venait de Cochin, un autre de Lariboisière; un homme sortait de la Charité où il était convalescent de fièvre typhoïde; en même temps que lui, deux femmes venues également de la Charité étaient soignées dans le service de notre collègue M. Tenneson; deux autres hommes pris également de variole avaient été dirigés sur le service des varioleux de Saint-Antoine.

Quant à l'asile de Vincennes, je ne sais s'il possède un service d'isolement pour les varioleux. Cela est probable, puisque les trois convalescents venus de Tenon, et pris de variole à l'asile, n'ont point été renvoyés dans notre service de l'hôpital Tenon, ainsi qu'il est d'usage pour les autres malades. En revanche, chez quatre de nos malades, l'origine de la variole paraît remonter directement ou indirectement à des malades de l'asile.

L'un d'eux avait séjourné huit mois à Lariboisière, dans le service de M. le docteur Duplay; il était entré à l'asile de Vincennes le 7 février; à partir du 13, cet homme était resté cinq jours à l'infirmerie, et il affirme qu'à cette époque, un varioleux était soigné dans une salle voisine. Le 5 mars, il sort de Vincennes pour entrer à Lariboisière comme infirmier et, dès le 8 mars, il constate l'apparition des premiers boutons, et entre dans nos salles le 9 avec une variole discrète. Du 20 au

---

exercée sur lui ses camarades, ses pairs, pliant sous le faix des croix, des galons, des épaulettes, et constitués en tribunal suprême.

Voyez, dit le professeur, la puissance de l'uniforme! Pour rehausser l'éclat de nos délibérations, gardons la toge, le satin rouge et les galons dorés. Grâce à eux, nous sommes imposants.

Vénérés professeurs, quelle erreur est la vôtre! Et d'abord, vous n'êtes pas des militaires. Sous vos bonnets qui ne sont pas des casques, vous rappelez Diafoirus et non Kléber; on cherche dans vos mains l'instrument de monsieur Purgon plutôt qu'un bâton de maréchal de France.

Si encore vous étiez des magistrats! Sans doute, sous leurs habits officiels se cache plus d'un esprit gouailleur, plus d'une passion s'agite qui troublerait la solennité de l'audience si les replis de la robe ne la voilaient discrètement. Mais il faut un appareil à la justice humaine; le prétoire est un lieu public, dont la dignité doit être marquée aux yeux par des signes extérieurs. C'est à la foule ignorante et naïve que s'adressent les pompes et les airs compassés; elle en a besoin pour croire à ses représentants.

Mais dans les murs de notre Faculté, vous n'êtes ni les gardiens sévères de la discipline, ni l'image de la société qui se venge. Vous êtes plus et moins tout à la fois. Vous êtes l'observation, le bon sens; vous êtes les collectionneurs de faits, les juges officieux des actions humaines. Votre type n'est pas celui de M. Prudhomme, et le rôle que vous jouez se concilie peu avec les habits de parade et les dehors empesés.

Direz-vous qu'il faut étonner l'esprit de vos élèves? Mais vous déposez vos insignes à la porte même de l'amphithéâtre, parce qu'ils vous gêneraient aux entournures pendant vos démonstrations, et justement votre cours est le plus solennel de vos actes. Puis vous les reprenez pour siéger aux examens, c'est-à-dire au moment où l'élève, tremblant comme une

24 mars, je recevais successivement dans mon service trois malades, venant tous trois de la même salle de chirurgie à l'hôpital Beaujon (service de M. Labbé). Or, ces malades nous ont affirmé qu'à la même époque, dans la même salle, se trouvait un malade venant de Vincennes, où il avait eu la variole.

Mon seul but en vous signalant ces faits est de montrer que, si l'on a égard à la population respective de ces divers établissements, la proportion des cas intérieurs n'a pas été sensiblement plus grande pour Tenon que pour d'autres hôpitaux, Charité, Cochin, Lariboisière, Vincennes, où il n'existe pas de service spécial de varioleux. J'ajouterai que, sur les cinq cas intérieurs, deux seulement se sont déclarés dans le pavillon le plus voisin de notre salle des varioleux, et que le hasard a fait qu'aucun cas de variole ne s'est déclaré dans la salle d'hommes des services généraux dont je suis chargé, bien que cette salle soit précisément située dans ce pavillon.

Sans donc exagérer le danger de contagion pour la population des hôpitaux où existent des services de varioleux, j'estime que certaines modifications dans le fonctionnement de ces services pourraient encore diminuer le nombre des cas intérieurs.

Un premier point sur lequel je désire m'arrêter un instant, c'est la manière quelquefois un peu hâtive dont les malades sont dirigés sur le service des varioleux. Dans le cours de ce premier trimestre, trois malades ont été envoyés dans le service des varioleux pour des éruptions complètement étrangères à la variole. Chez l'un, il s'agissait d'une roséole survenue après l'administration un peu trop prolongée d'un bain de vapeur; chez les deux autres, il s'agissait d'une éruption consécutive à l'application d'huile de croton. Ces deux derniers avaient porté sans doute à la figure les doigts imprégnés d'huile de croton, et présentaient du côté de la face une éruption de petites pustules avec un gonflement général qui pouvait en imposer à un examen superficiel pour une variole confluente. Toutefois, outre l'absence de fièvre et de symptômes généraux, la localisation de l'éruption à certaines parties du corps aurait dû faire éviter l'erreur. Il va sans dire que, dès le lendemain, ces malades furent renvoyés dans les services généraux de l'hôpital; ils n'en avaient pas moins séjourné près de vingt-quatre heures dans une salle où ils auraient pu contracter le germe de la variole qu'ils n'avaient pas en y entrant et propager ensuite la maladie à leurs voisins des salles communes.

---

feuille, prisonnier entre vos mains, incapable de vous voir, presque de vous entendre, est à cent lieues d'oublier la distance qui le sépare de vous. S'il est un lieu d'où l'apparat devrait être banni, c'est bien la salle d'examens; car vos élèves ont pour vous plus de respect et d'admiration si vous les interrogez bien que si vous posez devant eux. Et puis, l'examen est un acte public, je le veux bien; mais les étudiants seuls vous regardent, ceux-là mêmes qui vous ont vus le matin moins habillés, plus accessibles, dans votre service d'hôpital. Tout se passe en petit comité, pour ainsi dire, car les étudiants sont à bonne école pour devenir comme vous des sceptiques, et nous avons tous ri de bon cœur en voyant professeurs et agrégés relever si gauchement leurs robes pour monter un escalier si petit qui les mène à des salles si étroites. En vérité, c'est un paradoxe que la robe, traquée par le bon sens universel, se soit réfugiée là.

Autrefois, elle était la marque obligée d'une profession, et ne se cachait pas dans l'arrière-fond d'une école. On la portait dans la rue pour montrer qu'on était médecin, et c'était là sa raison d'être. Mais aujourd'hui, les médecins n'ont plus même une tenue consacrée par l'usage; la cravate blanche a disparu et les moustaches repoussent; le *vestis talaris* et l'*humerale coccyneum* ne sont plus qu'un non-sens et un anachronisme.

Ou bien, qu'on nous ramène franchement aux solennités d'autrefois. Qu'on exhume six mille fois par an, pour les six mille examens que notre Faculté débite, l'appariteur et la masse traditionnels. Mais alors, il sera convenu que les médecins porteront leurs insignes toujours et partout, dans leur cabinet, dans le monde; que les femmes n'auront pas le droit de se moquer d'eux, ni les gamins de les suivre dans la rue.

Savants agrégés, professeurs vénérables, je vous reconnaîtrai conséquents avec vous-mêmes et ma plainte non recevable, quand j'aurai vu M. Hardy faire ses visites et M. Trélat opérer dans une robe de satin rouge.

Dr ALYSSETT.

Pour remédier à cet inconvénient, comme j'avais lieu de penser que les malades arrivant avec l'étiquette de variole, dans la voiture spéciale de l'administration, étaient souvent dirigés directement dans le service des varioleux par les employés de l'hôpital, j'ai exigé que ces malades fussent toujours visités à nouveau par l'interne de garde. Je crois que, de cette manière, un certain nombre d'erreurs pourraient être évitées. Restent cependant des cas où, surtout dans les premiers jours de la maladie, le diagnostic de la variole peut et doit même rester indécis. Or, dans l'état actuel des choses, nous sommes en présence de deux alternatives également dangereuses : ou envoyer à tort ces malades dans le service des varioleux, ou les placer dans les services généraux où ils peuvent contaminer leurs voisins. Pour remédier à cet inconvénient, il serait très simple de réserver un annexe de 2 ou 3 lits où les malades, dont le diagnostic resterait incertain, pourraient provisoirement être tenus en observation.

Un second point qui me paraît de la dernière importance, c'est la durée du séjour des varioleux dans les salles. Je ne sais si ceux d'entre vous qui, comme moi, ont été chargés de la direction de services des varioleux ont été frappés de la difficulté qu'il y avait à conserver les malades dans les salles un temps suffisant. La durée de la nécessité de l'isolement dans les maladies contagieuses est une question fort délicate. Vous vous rappelez que, l'année dernière, l'Académie de médecine fut consultée par le ministre de l'instruction publique sur la question de savoir quel terme il fallait fixer à la rentrée des élèves atteints de maladies contagieuses dans les lycées. Hillairet, dans son rapport, fixe à quarante jours la durée de l'isolement pour la variole, la rougeole et la diphthérie, et à vingt-cinq jours pour la varicelle et les oreillons. Eh bien, je n'hésite point à dire que dans l'immense majorité des cas, nous sommes loin de pouvoir conserver aussi longtemps nos malades à l'hôpital. Pour la variole, en particulier, c'est à peine si en moyenne le délai d'un mois peut être atteint.

Depuis le 1er janvier, presque tous les malades de mon service ont été soumis à la méthode éthéro-opiacée si brillamment inaugurée dans les hôpitaux par mon ami M. Du Castel. Sans me prononcer sur la question de savoir si, par ce mode de traitement, la mortalité de la variole est ou non notablement diminuée, un fait me paraît hors de doute, c'est que, dans les cas où ce traitement réussit, il raccourcit notablement la durée de la maladie, en abrégeant sinon en supprimant complètement la période de suppuration. Qu'arrive t-il alors? c'est que dès que la fièvre est tombée les malades se considèrent comme absolument guéris et réclament avec insistance leur sortie. En fait, pour tous les cas de moyenne intensité, il est impossible de les garder à l'hôpital au delà du vingtième ou vingt-cinquième jour, et cependant, à cette époque de la maladie, ils sont encore parfaitement aptes à propager la contagion autour d'eux. Compter alors sur la persuasion et le raisonnement, ce serait s'abuser d'une étrange façon, comme en témoigne l'histoire d'évasion que je vous rapportais en commençant. Cependant aucune loi, aucun arrêté administratif ne nous autorise à garder ces malades malgré eux à l'hôpital. N'est-il point évident qu'un convalescent de variole remis à cette période dans la circulation constitue pour ses semblables un péril au moins égal à celui que peut présenter un aliéné, péril d'autant plus grand que rien ne leur indique le danger, et qu'aucun moyen ne saurait les y soustraire. J'estime, pour ma part, quelque soit mon respect pour la liberté individuelle, que la société aurait le droit de séquestrer provisoirement ces individus, et que le système des quarantaines pourrait leur être appliqué avec autant de justice par exemple que pour le choléra et la fièvre jaune.

En attendant qu'une pareille loi existe, ne serait-il point possible de prolonger dans les hôpitaux le séjour des malades. Actuellement, il est certain que, pour un individu convalescent de variole, le séjour prolongé dans les salles de varioleux, à côté de malades gravement atteints, séquestré dans un étroit espace, n'a rien de récréatif, ni même d'hygiénique. Or, par une singulière anomalie, alors que des asiles sont actuellement ouverts pour les convalescents des maladies communes, aucun établissement de ce genre n'existe pour les varioleux. Il semble cependant

que ces asiles de convalescence ne seraient plus utiles pour aucune catégorie de malades. On éviterait, ainsi l'encombrement presque continuel des services spéciaux et l'on permettrait aux convalescents d'attendre moins impatiemment, et dans de meilleures conditions hygiéniques, le moment où ils pourraient être rendus sans danger à la vie commune. Je sais qu'un pavillon d'isolement avait pendant quelque temps été réservé pour les varioleux à l'asile de Vincennes, mais je ne sais pourquoi ce service a été supprimé.

Il est une autre précaution d'une exécution en apparence bien facile, mais, dans la pratique, trop souvent négligée, c'est la revaccination de tout le personnel médical et administratif employé dans les services de varioleux. Cette année même, j'ai eu pour ma part plusieurs exemples qui montrent avec quelle incroyable témérité cette pratique que conseille la prudence la plus élémentaire est souvent omise par les intéressés. — Un interne en pharmacie de mon service contracta une varioloïde heureusement très bénigne, et m'avoua seulement alors qu'il n'avait point été revacciné. Tout récemment, une infirmière a été également atteinte de varioloïde huit jours après son arrivée parmi les varioleux, et n'avait été revaccinée que six jours après son entrée, trop tard par conséquent pour la préserver de la contagion. Enfin, fait plus étrange encore, la surveillante du service des varioleux, bien qu'elle soit chargée de ce service depuis près de deux ans, me déclarait il y a quelques jours à peine qu'elle n'avait jamais été revaccinée depuis sa première enfance. Pourquoi, avant d'admettre aucun élève, surveillante, infirmier, etc., dans un service de varioleux, l'Administration n'exigerait-elle pas la preuve d'une revaccination faite en temps utile?

— Je voudrais, en terminant, signaler une autre anomalie au moins singulière. Alors que l'administration de l'Assistance publique ouvre avec raison les portes de la Maison municipale de santé aux malades payants, les varioleux sont absolument exclus de cette faveur. Qu'un provincial, un étranger, un étudiant soit pris à Paris de la variole, s'il n'a point de famille ou d'asile, il sera impitoyablement chassé de tous les hôtels ou de toutes les maisons de santé; et, fût-il millionnaire, sa seule ressource sera de se faire porter à l'hôpital. L'un de nos maîtres, M. le professeur Hardy me racontait dernièrement qu'il avait été appelé auprès d'une riche Anglaise de passage à Paris, et atteinte de variole confluente, et que l'on avait pu se soustraire pour elle à cette cruelle extrémité qu'en louant à grands frais la totalité d'une maison nouvellement construite dans le quartier du parc Monceaux.

Rien cependant ne semblerait plus facile que d'annexer à l'un des services de varioleux actuellement existants quelques chambres payantes. A l'hôpital Tenon, par exemple, l'emplacement n'aurait certainement pas manqué. J'ajoute que ces chambres pourraient en même temps servir aux élèves qui payent de trop fréquents tributs à la contagion, ainsi que de récents exemples en sont malheureusement la preuve.

Pour résumer cette communication j'émettrai, sous forme de vœux auxquels je serais heureux de voir s'associer mes collègues, le quatre propositions suivantes :

1° Création de salles d'attente annexées aux services des varioleux où pourraient être gardés provisoirement en observation les malades lorsque le diagnostic resterait douteux;

2° Ouverture d'un asile de convalescence pour les varioleux;

3° Revaccination obligatoire pour tout le personnel médical et administratif des services de varioleux.

4° Création de chambres payantes pour les varioleux de la classe aisée.

JOURNAL DES JOURNAUX

Maladies des campagnards, par ANDREAS. — L'auteur a fait porter sa statistique sur la presque totalité du territoire bavarois, d'après les documents officiels pour les années 1871-75. La population urbaine compte pour 760,195 habitants, la population rurale pour 3,620,941 : c'est-à-dire qu'elle est 3 3/4 de fois plus considérable. Si la mortalité était proportionnellement la même à la ville et à la campagne, on devrait donc obtenir les chiffres absolus de la mortalité rurale 3 3/4 de fois plus importants que ceux de la ville. Le tableau suivant indique donc : 1° le chiffre qui devrait être atteint par la mortalité rurale, si cette proportion était gardée ; 2° l'excès réel de la mortalité rurale sur ce chiffre ; 3° son déficit.

	1	2	3
Faiblesse de naissance	6,356	522	»
Diarrhée des enfants	9,002	»	3,355
Athrepsie	11,272	»	1,903
Convulsions des enfants	9,134	9,743	»
Typhus	3,054	»	1,081
Suites de couches	522	4	»
Variole	1,415	»	27
Scarlatine	1,449	1,039	»
Rougeole	617	»	103
Coqueluche	1,168	1,437	»
Croup et diphthérie	2,537	1,220	»
Maladies inflammatoires du poumon	8,958	»	1,432
Tuberculose	15,057	»	7,354
Maladies organiques du cœur	3,011	»	1,551
Apoplexie cérébrale	3,752	»	394
Usure sénile	6,375	2,475	»
	83,679	16,440	17,200

On tire de ce tableau ce premier résultat que la mortalité à la campagne est moindre qu'à la ville, mais dans la très faible proportion de moins du centième de la mortalité totale.

La diarrhée infantile présente un chiffre très inférieur à la moyenne urbaine : lait de meilleur qualité; air plus pur et moins chaud. Malgré des écarts de régime si fréquents à la campagne, l'athrepsie y fait encore moins de victimes : en ville, la syphilis intervient sans doute dans les décès de cette catégorie. L'excès énorme de la mortalité à la suite de convulsions est inexpliqué : cependant on sait que c'est la rubrique ordinaire sous laquelle sont enregistrés les décès sans cause connue. Le typhus est moins dominant à la campagne. Les accidents puerpéraux sont sensiblement aussi fréquents de part et d'autre; il en est de même de la petite vérole; mais la scarlatine et la coqueluche, dont le traitement est si peu rationnellement compris à la campagne, y font beaucoup plus de ravages. La tuberculose présente une baisse remarquable.

Les autres affections les plus fréquentes, sans entrer dans le tableau de la mortalité, sont les maladies de la peau, les hernies, les déplacements utérins, etc. Les maladies mentales sont plus rares qu'à la ville. L'absence de soins médicaux est constatée dans la moitié au moins des cas de décès.

En résumé, si la mortalité diffère peu à la ville et à la campagne, il est facile de constater que le manque d'hygiène et de soins, la fatigue et la misère sont surtout à incriminer comme principaux facteurs de la mortalité rurale; que les conditions de milieu y restent infiniment plus favorables à l'existence aisée et rationnelle. (*Bay. Arzt. Int. et Jahresbericht*, 1882, 1er vol.)

Traitement de l'épilepsie par la ligature des artères vertébrales, par ALEXANDER. — Ce traitement a été appliqué par le médecin de Liverpool à 21 cas d'épilepsie invétérée. Dans 3 cas on n'a pas observé un seul accès pendant un an; dans 9, les accès ont été retardés très notablement, et dans 8, l'amélioration a encore été telle que l'opération serait déjà justifiée rien qu'en donnant de tels résultats. Il y a eu un cas de mort : c'est une fille idiote qui déchira son pansement et eut une pleurésie septique. L'indication de la ligature des vertébrales se pose dans tous les cas où le traitement médicamenteux est tenu en échec. L'opération en elle-même est insignifiante. On va chercher l'apophyse de la sixième vertèbre cervicale entre les scalènes et le long du cou par une incision le long du bord externe du sterno-mastoïdien.

Alexander pense que l'olighémie résultant de cette double ligature a pour effet de diminuer l'hyperexcitabilité de la moelle allongée, et que tant que la circulation collatérale se rétablit par l'irrigation sanguine, le bulbe reste sourd aux excitations épileptogènes. (*Brain.*, Juillet 1882.)

De l'omphalite des nouveau-nés, par Anna Lukens. — L'inflammation de l'ombilic peut remonter à la vie intra-utérine, et avoir pour cause, dans ce cas, l'enroulement ou la brièveté du cordon; mais elle est le plus souvent une affection des premiers jours de la naissance. Elle se présente à des degrés divers : depuis la rougeur plus ou moins étendue de l'ombilic, la tension des parois abdominales, une phlébite légère de la veine ombilicale, qui constituent la forme la plus bénigne, jusqu'à l'érysipèle envahissant, l'inflammation phlegmoneuse, la phlébite suppurée, la péritonite et les convulsions.

Cette affection est primitive ou secondaire : elle peut être le résultat d'une ligature vicieuse, d'un pansement inopportun, de la malpropreté, d'un traumatisme. On peut observer une hémorrhagie ombilicale, de l'ictère, la pyémie. L'occlusion de la veine ombilicale débute quelquefois avant la naissance; il est rare, en conséquence, qu'elle soit le point de départ d'une embolie de la veine porte. Mais, par le fait d'une phlébite suppurée ou simplement en puisant du pus à la surface de la plaie ombilicale, elle peut causer une infiltration purulente de tout l'organe hépatique, comme dans le cas de Bednar. Un autre mécanisme des désordres hépatiques réside dans l'extension de l'inflammation à la capsule de Glisson, la compression des canaux biliaires, produisant l'ictère par rétention.

Les symptômes de la phlébite sont : la teinte ictérique ou la cyanose des téguments; les hémorrhagies; des éruptions de pemphigus; la gangrène; la suppuration abondante du nombril; la péritonite et la méningite terminent souvent la scène. La mort peut encore être le résultat d'une intoxication septique, d'embolies, d'abcès métastatiques ou de thromboses. Le pronostic est donc très grave.

L'artérite (des artères ombilicales) offre bien moins de gravité; elle n'entraîne que très rarement la fièvre, l'ictère ou la pyémie. Elle présente souvent des symptômes viscéraux : rétention d'urine, miction douloureuse; sensibilité de la région hypogastrique. On fait sourdre le pus de l'ombilic en pressant sur leur trajet. Si l'ombilic est cicatrisé, le pus, directement repris par la veine, peut devenir une cause d'infection générale. Les lymphatiques sont aussi les agents de ce transport; mais, en somme, les accidents généraux qui accompagnent l'artérite sont exceptionnels. (*The New-York med. Journ.*, juin 1882, p. 584.)

R. Longuet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Gosselin dépose sur le bureau un mémoire de M. G. Colin, sur la localisation des virus dans les plaies et sur leur mode de dissémination dans l'organisme.

Nous en extrayons ce qui suit : « Les matières virulentes dans les plaies s'y divisent en trois parts qui peuvent être très inégales. L'une d'elles s'attache aux tissus de ces plaies, à certains de leurs éléments anatomiques et aux liquides dont ils sont imprégnés; elle s'y fixe momentanément et parfois d'une manière définitive. Celle-là donne lieu à la pustule vaccinale, à la pustule maligne, à l'ulcération morveuse ou farcineuse, etc. Elle établit sur place un foyer dans lequel elle se conserve pour se régénérer ou pour se détruire à la longue.

La seconde fraction du virus inséré dans la solution de continuité se répand par simple diffusion, indépendamment de toute absorption proprement dite, dans le tissu cellulaire environnant, sur une zone plus ou moins étendue suivant l'état anatomique des parties lésées. Elle peut y demeurer longtemps sans perdre ses propriétés. C'est elle qui donne lieu à l'œdème charbonneux, à certains œdèmes septiques survenant après des opérations graves, aux phlegmons, à l'érysipèle, car, à un moment donné, l'expérimentateur la retrouve soit intacte, soit régénérée et jouissant de toute l'activité qu'elle possédait lors de son insertion.

La troisième part de la matière virulente qui entre dans les voies de l'absorption se subdivise en deux fractions au moment où elle est saisie. Celle que les vaisseaux sanguins prennent est nécessairement emportée à grande vitesse dans l'ensemble de l'organisme. Au contraire, la fraction admise dans les lymphatiques s'y déplace lentement, stagne dans les réseaux qu'elle irrite, s'arrête et s'accumule dans les ganglions, où elle crée de nouveaux foyers aptes à la conserver et à la régénérer, foyers qui jouent souvent un grand rôle dans le développement des accidents consécutifs aux inoculations,

Les proportions suivant lesquelles le partage des matières virulentes s'effectue sont subordonnées surtout aux propriétés physiques de ces matières et à l'état des tissus qui les reçoivent. D'une part les liquides visqueux, comme la salive, les mucosités diverses, les produits, coagulables, caséeux, même certains liquides albumineux demeurent longtemps et en quantité considérable dans les plaies où il est facile de les détruire. D'autre part, les liquides non visqueux, très diffusibles, se répandent si aisément dans le tissu cellulaire et passent si vite dans les divers ordres de vaisseaux que leur dissémination s'opère en quelques instants. Celle-ci est ralentie si les tissus où le dépôt a lieu sont denses, pauvres en éléments conjonctifs et en vaisseaux. Elle atteint son maximum de rapidité, comme Fontana l'a très bien vu pour le venin de la vipère, s'ils sont très vasculaires, et d'autant mieux qu'une partie de la matière virulente pénètre directement dans de nombreuses solutions des vaisseaux.

Une fois les agents virulents fractionnés et localisés, chacune de leurs parts a, dans son foyer, sa manière de se comporter. Si, sur les sujets dépourvus de ce qu'on appelle la *réceptivité*, toutes les fractions du virus perdent vite leur activité et se détruisent, sur les autres, jouissant de l'aptitude à contracter, quelques-unes de ces fractions ou toutes ensemble, suivant que l'un des foyers ou tous les foyers offrent un terrain favorable, se régénèrent et pullulent. Pour le virus charbonneux, le foyer est celui de la plaie sur le chien : c'est le tissu cellulaire environnant la plaie sur les oiseaux; ce sont, de plus, les ganglions chez d'autres et tous les foyers ensemble sur les animaux, tels que le lapin et la plupart des herbivores.

Pour un certain nombre de virus, le claveleux, par exemple, la régénération virulente dans un seul foyer, même très petit, comme celui d'une piqûre, suffit à produire ultérieurement une auto-inoculation traduite par une éruption pustuleuse généralisée. L'étude attentive de ces modes de localisation et de reproduction des virus est donc intéressante au point de vue de la pathogénie, puisqu'elle permet de rendre compte des formes variées des maladies virulentes et des singularités de leur évolution.

Les faits qui se rattachent à la répartition et à l'enlèvement des matières virulentes montrent que les cautérisations, pour être efficaces, doivent être plus ou moins promptes suivant les cas et atteindre non seulement la totalité du produit déposé dans la plaie, mais encore les parties virulentes déjà engagées dans l'épaisseur des lèvres de la solution ou entraînées dans les tissus voisins. La diffusion de la matière virulente dans le tissu cellulaire à une grande distance des plaies, la création de foyers ganglionnaires simples ou multiples dans lesquels cette matière se conserve et se régénère, expliquent pourquoi les cautérisations tardives sont le plus souvent impuissantes à conjurer les effets des inoculations. Toutefois, ces cautérisations tardives ne doivent pas être négligées, car elles peuvent détruire simultanément les particules virulentes encore retenues dans les anfractuosités des plaies ou infiltrées dans les lèvres de celles-ci. En outre, elles donnent lieu à une irritation vive des tissus, souvent à un travail de suppuration qui, l'un et l'autre, sont de nature à mettre obstacle à la régénération du virus conservé au foyer d'insertion.

— Un mémoire lu par M. A. Fauvel concernant l'étiologie et la prophylaxie du choléra, se termine par les conclusions suivantes :

« 1° Les ports de l'Inde où le choléra est *endémique* ne sont jamais le théâtre d'une grande épidémie.

2° Ce fait tient à l'*immunité* générale dont jouit la population *native* de ces ports.

3° Cette immunité n'existe pas dans les foyers endémiques pour les étrangers à la localité, qui sont dans les conditions d'aptitude à contracter le choléra. Tels sont en particulier les pèlerins musulmans qui viennent s'embarquer à Bombay pour se rendre à la Mecque.

4° Les épidémies de choléra qui se développent dans les régions de l'Inde où la maladie n'est pas endémique proviennent des foyers d'endémie et sont favorisées par les pèlerinages hindous.

5° Les épidémies observées parmi les pèlerins de la Mecque ont pour point de départ les foyers endémiques de choléra.

6° Une épidémie grave de choléra confère au pays ou à la localité qui en a été le théâtre une *immunité* plus ou moins complète et plus ou moins durable, dont il est impossible de formuler *la loi* pour l'Europe, mais qui, dans l'Inde, paraît avoir une durée de plusieurs annnées.

7° Dans le Hedjaz et, en général, dans les régions peu peuplées de l'Arabie, le choléra n'a qu'une faible tendance à se propager parmi la population autochtone.

8° Le fait d'une grande épidémie de choléra dans un pays quelconque est une preuve que le choléra n'y est point endémique.

9° La plupart des propositions exposées plus haut sont applicables à la *fièvre jaune* et probablement aussi à la *peste*.

10° Tout porte à comprendre dans cette même catégorie la fièvre typhoïde, autrement dit la *dothiénentérie.*

En somme, les faits nouvellement acquis à la Science se rapportent à des questions d'*immunité* et les éclairent par un côté jusqu'ici méconnu. L'étiologie et la prophylaxie du choléra en particulier peuvent y puiser des indications nouvelles.

Ces règles, d'ailleurs, paraissent être l'expression d'une *loi qui embrasse toute une catégorie particulière de maladies pestilentielles, dues à un contage et laissant après elles une immunité plus ou moins durable.*

Plusieurs de ces propositions pourront être contestées, mais, comme elles s'appuient sur des faits irrécusables, l'auteur a la ferme confiance que l'avenir les ratifiera. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 janvier 1883. — Présidence de M. Duroziez, puis de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Avant de quitter le fauteuil de la présidence, M. Duroziez prononce le discours suivant:

Mes chers Collègues,

Je quitte à regret ce fauteuil où je ne viendrai plus m'asseoir. La présidence dans la vie est une étape qu'on ne refait plus. Je vais descendre en quelques secondes la colline dont la montée laborieuse a duré 15 ans. Pardonnez-moi la tristesse. Ce n'est pas un simple hochet que j'abandonne. Vous présider, mes chers et savants collègues, est un grand honneur. Est-ce un vain mérite que d'avoir obtenu les suffrages de collègues tels que vous, qui représentez avec autorité toute la hiérarchie et toutes les branches médicales, la Faculté, l'Académie de médecine, les hôpitaux, la Société de chirurgie, par M. le profeseur Peter, MM. Durand-Fardel, Giraud-Teulon, Polaillon, notre vice-président, Forget, Delasiauve, Voisin, Boinet, de Saint-Germain, Mauriac, Horteloup, Richelot fils, Christian, Charpentier. Oublierai-je des spécialistes tels que MM. Richelot père, Lunier, Charrier, Leudet, de Ranse, Gillebert Dhercourt, Reliquet, notre président, Dubuc, Abadie, Thévenot, Ladreit de la Charrière ? La médecine générale n'est pas moins bien représentée. Il me fandrait citer tous vos noms si je voulais montrer l'intérêt de nos discussions libres et animées où chacun de nous découvre sa poitrine et ne connaît pas l'abstention.

Notre Société a sa place à part, à côté des autres Sociétés, par la liberté qui y règne entre nos collègues venus de tous les points de la science; elle réalise l'enseignement libre. Notre cher collègue, Larcher, président de la Société vétérinaire, me manifestait le désir de voir parmi nous des vétérinaires; ils seront les bienvenus, comme tous ceux que passionne l'amour de la science.

En France, à l'étranger, dans toutes les parties du monde, nous avons de nombreux associés et correspondants avec qui notre aimable et laborieux secrétaire général de Beauvais entretient de cordiales et fructueuses relations.

Vos travaux insérés dans l'*Union médicale* ont un retentissement mérité. Votre Bulletin, plein d'études sérieuses et originales, demandé par tous nos correspondants, est recherché dans les Bibliothèques. A l'Ecole, les élèves le consultent.

Nous avons pu fonder un prix, grâce à la générosité de notre collègue Duparcque.

Nous avons perdu cette année trois collègues, Lolliot, Mercier, l'illustre pathologiste des voies urinaires, non moins apprécié à l'étranger qu'en France, qui soutenait ses droits avec une verdeur dont plus d'une fois nous avons été témoins, contre les prétendus envahissements d'un autre maître, Dolbeau, enlevé prématurément à notre Société et à notre affection. Oublions leurs discordes pour nous rappeler le lustre que jetaient sur notre Société leurs combats épiques. Mercier est mort après une vie bien remplie. Reçu en 1839, il a enrichi la science de ses découvertes pendant quarante-trois ans. La mort a ses droits prévus que nous acceptons, mais comment nous résigner à la disparition des jeunes ! Mathelin meurt la plume à la main, frappé comme ces soldats qu'on trouve sur les champs de bataille, debout et menaçants. Les grands poètes sont seuls dignes de chanter ces morts :

Purpurens veluti cum flos succisas aratro
Languescit moriens.

N'est-ce pas notre ami ? Le

Si qua fata aspera rumpas
Tu Marcellus eris.....

Ce grand cri du grand poète, qui retentit encore dans nos cœurs, ne peut-il pas être inscrit sur la tombe de notre jeune collègue ?

Mon beau voyage encore est si loin de sa fin !
Je pars, et des ormeaux qui bordent le chemin
J'ai passé les premiers à peine !
Au banquet de la vie, à peine commencé,
Un instant seulement mes lèvres ont pressé
La coupe en mes mains encore pleine.

N'est-ce pas notre cher Mathelin qui parle ?

Quittons les tristesses et faisons bonne figure à nos nouveaux collègues. La jeunesse ne comprend pas la mort.

L'illusion féconde habite dans mon sein :
J'ai les ailes de l'espérance.

Nous nous étions enrichis de trois membres titulaires, MM. Richelot fils dont la collaboration nous est doublement précieuse, Fauquez et Mathelin.

Huit membres correspondants se sont adjoints à nous : MM. Bancel de Toul, un de mes anciens élèves à qui j'envoie d'ici un bon souvenir, Bergeaud d'Haïti, Bernard et Guiber de Cannes, Godleski de Neuilly, Dechaux de Montluçon, Guiraud de Nice, Rougier de Marseille.

Notre Société est en progression continue.

Je remercie le Bureau qui m'a soutenu de ses efforts et de ses conseils ; je remercie mon cher vice-président Reliquet, notre secrétaire général de Beauvais, si chaud à revendiquer ses droits, c'est-à-dire les vôtres, MM. Charrier, Gillebert Dhercourt père, Perrin notre trésorier féroce, Rougon le modèle des archivistes, Delefosse à qui nous envoyons nos condoléances et Bergeron, nos deux secrétaires annuels.

Sous l'impulsion de son nouveau Bureau, notre Société s'avancera vers de nouvelles destinées et remettra le pied sur ces terres qu'elle a foulées autrefois et que son vaisseau, un moment désemparé, n'a pas encore pu rejoindre. *Fluctuat nec mergitur.* C'est la devise de notre Hôtel de Ville.

Je suis heureux de transmettre mes pouvoirs éphémères à mon ami Reliquet et d'avoir assisté à l'avénement de M. Polaillon.

Je vous ai donné ma bonne volonté, peu amie de la dictature ; vous m'avez prodigué votre bienveillance dont j'avais grand besoin.

A mes successeurs vous accorderez le même accueil.

Chers Collègues, je vous remercie.

En montant au fauteuil, M. Reliquet, président pour l'année 1883, prononce l'allocution suivante :

Messieurs, vous me faites grand honneur en m'appelant à vous présider, je vous en suis absolument reconnaissant.

— Messieurs, notre collègue, M. Rougon, nous a rendu un vrai service en nous faisant connaître les archives de la Société de médecine de Paris. En 1796, après la dissolution des académies et des Sociétés reconnues et patentées par le gouvernement, des hommes tels que les Sédillot, Percy, Pinel, etc., se rassemblaient dans le but d'être utiles à l'humanité et à la science, et fondent notre Société, libre de tout attache au pouvoir, sous les seuls auspices de la loi.

Nos fondateurs, anciens membres de l'Académie royale de médecine, de l'Académie de chirurgie ou médecins et savants sans titres antérieurs s'unissent tous sous la même devise : « Le progrès dans la pratique par le progrès dans la science. »

A peine la Société de médecine de Paris est-elle constituée, l'administration de la ville de Paris a recours à ses avis sur toutes les questions d'hygiène, et lui demande de charger des commissions, prises dans son sein et nommées à l'élection par elle, de certaines fonctions toutes démocratiques près de son personnel.

Ces services gratuits et tout bénévoles, rendus à l'administration, laissaient à notre Société toute sa liberté. Aussi, lorsque ces attributions ou ces fonctions lui ont été successivement enlevées, la Société de médecine de Paris se tenant toujours dans sa tradition scientifique, continuant ses travaux en se soumettant à sa devise ; recrutant ses travailleurs, ses membres, indistinctement, en raison de son état de liberté, dans les mondes officiel ou libre, a su conserver toute sa notoriété.

Si, sans remonter à une époque éloignée, nous consultons la liste de ceux qui ont participé à nos travaux, nous y trouvons d'un côté Denonvilliers, Peter, etc., qui sont allés occuper de

grandes places dans nos Académies et à la Faculté : d'un autre côté, parmi ceux qui sont toujours resté avec nous et dont les noms rappellent des travaux considérables, nous trouvons Duchenne de Boulogne, dont l'éloge devrait être fait ici, Mercier que nous avons perdu récemment, Duparcque dont nous devons donner, cette année, pour la première fois, le prix qu'il a fondé.

Du reste, Messieurs, notre tradition est la même dans le temps présent. J'ai l'honneur de remplacer à ce fauteuil Duroziez. Son activité scientifique nous vaut ses mémoires, si remarqués par tous, sur les affections du cœur, cette partie de la pathologie dont il a su faire son domaine scientifique. N'avez-vous pas appelé par l'unanimité de vos suffrages à la vice-présidence notre collègue Polaillon qui, membre de l'Académie de médecine, n'en continue pas moins à nous apporter ses intéressantes communications.

Une semblable tradition, qui dure depuis 87 ans, ne disparaîtra pas de longtemps. Elle nous permet d'affirmer que la Société de médecine de Paris vivra plus d'un siècle. Tous nous fêterons son centenaire en 1896.

— Ces discours sont accueillis par les applaudissements unanimes de la Société.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 18 au 23 juin 1883.

Lundi 18 et mardi 19. — Pas de thèses.

Mercredi 20. — M. Chabaud : Sur les accidents dus à la décompression de l'air. (Président, M. Bouchardat.)

M. Pinard : De la pseudo-fièvre hystérique. (Président, M. Charcot.)

M. Michelot : Des luxations des doigts en arrière. (Président, M. Duplay.)

M. Fourrier : De la prothèse palatine. (Président, M. Duplay.)

Jeudi 21. — M. Vigot : Des polypes fibro-muqueux de la cavité naso-pharyngienne. (Président, M. Panas.)

M. Guerrier : Contribution à l'étude des fibromes du tronc en rapport avec la paroi abdominale antérieure. (Président, M. Panas.)

M. Militchevitch : Considérations sur les troubles trophiques des ongles dans quelques maladies des centres nerveux. (Président, M. Jaccoud.)

M. Ch. Lévy : Quelques considérations à propos d'une épidémie de variole. (Président, M. Peter.)

Vendredi 22, pas de thèses.

Samedi 23. — M. Fonnegra : Des épithéliomes glandulaires enkystés du voile du palais. (Président, M. Laboulbène.)

M. Aron : Étude clinique sur le retrait de l'utérus dans les cas de manœuvres obstétricales. (Président, M. Depaul.)

Concours. — Le jury du concours que nous avons annoncé pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer, se compose de MM. les docteurs Guéniot, président ; Danlos et Moizard, juges titulaires.

Avis. — M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de Pharmacie, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 17 juin, dans les bois de Saint-Cloud-Versailles.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à 11 heures 5 minutes, pour Bellevue.

Nota. — Rendez-vous général aux cascades du parc de Saint-Cloud, à Midi.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C rue Dussoubs.

CLINIQUE CHIRURGICALE

SUR QUELQUES CAS DE GUÉRISON DU MAL DE POTT;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 13 janvier 1883,

Par M. POLAILLON.

Vous connaissez la très grande gravité du mal de Pott, terme général qui désigne soit la tuberculisation des vertèbres, soit leur ostéite suppurée.

Jusqu'au commencement de ce siècle, on pensait même qu'il était incurable. Mais, depuis cette époque, des exemples de guérison bien authentiques ont été recueillis, et il n'est plus douteux que le mal de Pott peut guérir spontanément et quelquefois sous l'influence d'une intervention chirurgicale.

Presque toujours, 94 fois sur 100, d'après Bouvier, le mal de Pott se complique de la production d'un abcès, qui devient migrateur et domine la scène pathologique par les désordres qu'il détermine. Aussi le traitement doit-il avoir pour but non seulement de tarir la source du pus en modifiant la maladie osseuse, mais encore d'oblitérer l'abcès par congestion.

Lorsque le mal de Pott guérit spontanément, l'affection primitive de la vertèbre se transforme en un kyste rempli par une matière caséeuse et quelquefois par un liquide clair et filant ; ou bien le corps d'une ou de plusieurs vertèbres venant à s'affaisser, le tassement de la colonne expulse les matières contenues dans les excavations osseuses et détermine la soudure des deux tronçons rapprochés.

Consécutivement, le pus de l'abcès par congestion s'épaissit par la résorption de ses parties liquides et se transforme en une substance grasse, qui prend la consistance de la cire et qui peut même devenir calcaire plus tard. D'autres fois, le foyer s'étant vidé à l'extérieur, il ne reste plus qu'un cordon fibreux qui s'étend jusqu'aux vertèbres malades.

Tel est le mécanisme de la guérison spontanée du mal de Pott. Mais il n'y a que peu de malades qui puissent en faire les frais. La plupart succombe à la généralisation de la tuberculose, à la dégénérescence amyloïde des viscères, en particulier des reins, aux lésions de la moelle épinière, surtout à la fièvre hectique et à la pyohémie à la suite de l'ouverture spontanée ou provoquée des abcès. A elle seule, la complication d'abcès par congestion paraît causer la mort dans près de la moitié des cas (28 morts sur 58 abcès par congestion, d'après Bouvier).

L'art peut quelque chose contre cette redoutable maladie, si la santé du patient n'a pas été trop profondément altérée. Je n'ai pas l'intention de vous exposer ici le traitement du mal de Pott, je veux seulement vous faire connaître quelques faits de guérison tirés de ma pratique et les moyens que j'ai employés pour y parvenir.

OBS. I. — Le nommé D... (Jean), âgé de 29 ans, mécanicien, entra dans mon service le 19 mars 1879.

Cet homme portait à la région dorsale un abcès par congestion, de forme bilobée, s'étendant depuis la base de la poitrine jusqu'à la partie inférieure de la région lombaire. Les douleurs rachidiennes, qui avaient précédé l'apparition de l'abcès, les douleurs provoquées par la pression des apophyses épineuses dans la partie moyenne de la région thoracique, indiquaient que la collection purulente avait pour origine une ostéite suppurée ou une tuberculisation vertébrale. Mais il n'y avait pas de gibbosité.

Le 22 mars, ponction et évacuation de l'abcès avec l'appareil Dieulafoy ; injection d'une

solution phéniquée au 20e, de manière à produire l'hyperdistension des parois; puis aspiration de ce liquide séance tenante, de manière à n'en laisser dans la poche qu'une minime quantité. Cette opération fut renouvelée trois fois à trois semaines d'intervalle.

Le 17 juin, le malade est envoyé à Vincennes ne souffrant plus dans le rachis et l'abcès par congestion paraissant guéri.

Le 17 décembre, D... rentre dans mon service. Un abcès s'est reformé à la partie inférieure de la région dorsale et s'est ouvert spontanément. Au bout de dix jours, le traitement antiseptique de cet abcès amène sa guérison.

Obs. II. — *Ostéite suppurée d'une vertèbre lombaire; abcès par congestion dans la région sacrée; guérison.* (Obs. recueillie par M. Peltier, interne du service.)

Le nommé W... (Jean), âgé de 38 ans, employé d'octroi, entre le 23 juin 1882, salle Broca, n° 34.

Pas d'antécédents strumeux. Ses frères et sœurs sont bien portants. Fièvres intermittentes légères pendant un séjour en Cochinchine; depuis qu'il est rentré en France, plus d'accès.

Au mois de décembre 1879, le malade s'est heurté la région lombaire en passant sous un wagon. Quelque temps après, en janvier 1880, il aurait ressenti dans le côté gauche, un peu au-dessus de la hanche, une douleur lancinante, peu intense d'abord, puis très vive. Au bout de quatre mois, le malade était comme courbaturé, et ne pouvait ni se baisser, ni se redresser. Néanmoins, aucun trouble de la motilité, sauf un peu de faiblesse des membres inférieurs, qui ne dura que quelques jours.

Au bout de cinq mois et demi, le malade s'est aperçu qu'il avait une petite tumeur dans la région sacrée, tumeur qui a augmenté rapidement et a atteint le volume d'une grosse orange. En même temps que le développement de la tumeur, qui était un abcès, disparition des douleurs.

En juillet 1880, W... est entré à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon. L'abcès est ouvert avec le bistouri. Drainage; injections phéniquées et injections de teinture d'iode. Après sept semaines de traitement, l'abcès suppurait encore et le malade quitta l'hôpital.

Depuis cette époque, la fistule s'est fermée et rouverte trois fois.

Etat actuel. — A l'union de la région lombaire et de la région dorsale, existe une fistule qui donne, depuis huit mois, passage à une suppuration modérée. On arrive avec le stylet sur des parties osseuses dénudées du périoste, qui dépendent des apophyses épineuses de la première lombaire et de la douzième dorsale. Décollement de la peau jusque sur la face postérieure gauche du sacrum. Les douleurs locales sont nulles. Depuis plusieurs années, le malade tousse assez fréquemment. Quelques sueurs nocturnes. Pas de fièvre le soir. Jamais d'hémoptysies. Auscultation pulmonaire négative. Perte d'appétit. Amaigrissement.

1er juillet 1882. Chloroformisation. Incision avec le thermocautère depuis la fistule supérieure jusqu'à la région sacrée, dans une étendue de 12 à 14 cent., de manière à mettre à nu les parties malades et les tissus décollés. Cautérisation du trajet fistuleux et des parois de l'abcès. Rugination des deux apophyses épineuses malades, depuis leur extrémité postérieure jusqu'à leur base au niveau des lames vertébrales. Pansement à l'iodoforme.

Consécutivement à l'opération, malaise, céphalalgie, langue amère, anorexie. Ces accidents sont attribués à l'absorption de l'iodoforme. M. Polaillon abandonne ce mode de pansement pour recourir aux pansements avec des compresses phéniquées. Les accidents disparaissent totalement.

Tous les deux ou trois jours, le pansement est renouvelé. Il consiste en lavages avec la solution phéniquée au 20me injectée dans le fond de la plaie, et en applications de plusieurs doubles de compresses phéniquées, recouvertes d'un taffetas gommé et d'une couche de ouate. Le tout maintenu par un bandage de corps.

Le 20 octobre. La suppuration, quoique très diminuée, persiste encore et vient d'un point situé très profondément. L'exploration avec le stylet permet de constater qu'il y a encore un point osseux dénudé. Ce point paraît être au niveau de l'apophyse articulaire supérieure de la première lombaire. M. Polaillon plonge le thermocautère jusqu'à ce point, de manière à le cautériser complètement.

Les lavages et les pansements phéniqués sont continués.

5 décembre. Toute la plaie, faite pour l'incision avec le thermocautère, est cicatrisée. Il ne reste plus qu'une fistulette qui ne donne plus passage qu'à quelques gouttes de pus. Aucune douleur lombaire, aucune gêne des mouvements de la colonne vertébrale. Le malade est envoyé en convalescence à Vincennes.

Le 27 décembre, à son retour de Vincennes, W... vient se présenter dans le service de M. Polaillon. Sa fistule est guérie. La santé générale est bonne et le patient marche et exé-

cute tous les mouvements qu'il désire, sans éprouver ni fatigue ni douleur. Il a été revu ces jours derniers; la guérison paraît complète.

OBS. III. — *Ostéite suppurée de la quatrième et cinquième vertèbres dorsales; abcès par congestion dans le flanc droit; incision au thermocautère; résection de l'apophyse épineuse des vertèbres malades; guérison* (observation recueillie par M. PELTIER, interne du service).

La nommée S... (Marie), âgée de 31 ans, domestique, entre le 17 avril 1882, à la Pitié, salle Gerdy, n° 16, dans le service de M. Polaillon.

Pas de maladies antérieures; pas d'antécédents strumeux. Pas de grossesse ni de fausse couche. Les règles sont irrégulières depuis quatre mois.

Il y a un an et demi, la malade a vu se produire à la base du thorax, du côté droit, sans cause appréciable, un abcès indolent qui fut ouvert par M. Lancereaux, drainé et lavé à l'acide phénique.

Après être resté cinq mois à l'hôpital, elle sortit avec une fistule donnant issue à une assez grande quantité de pus. Cette suppuration ayant augmenté au commencement de 1882, elle entra dans le service de M. Polaillon.

Etat actuel. — Au niveau de la dernière fausse côte droite, à 6 centimètres en dehors de la colonne vertébrale, une fistule donne passage à du pus légèrement fétide et contenant quelques grumeaux. Avec un stylet, on constate que la côte est dénudée.

La santé générale est assez bonne. L'appétit et les forces sont conservés. L'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal du côté des poumons. Il y a seulement un amaigrissement notable.

Le 20 avril, chloroformisation. Incision depuis la fistule jusqu'à la côte dénudée. Rugination de cette dernière. Pansement à l'iodoforme.

Au bout de quinze jours, la suppuration est aussi abondante et présente les mêmes caractères qu'au moment de l'entrée de la malade.

Le 14 mai, nouvelle rugination du foyer et de la côte dénudée. Pansement à l'iodoforme tous les trois jours. La malade absorbe l'iodoforme et l'élimine par les urines et la salive.

La suppuration augmente au lieu de diminuer. La malade maigrit et présente des accès fébriles le soir (38° le matin, 39°5 le soir). Cependant, elle ne tousse pas et ne présente aucun phénomène de tuberculisation pulmonaire.

Un jour, la malade se plaint de souffrir dans le dos. Et, en effet, entre la troisième et la cinquième vertèbre dorsale, M. Polaillon découvre un léger gonflement avec un peu de fluctuation. Il n'y a point de gibbosité. Pas de trouble de la sensibilité ni de la motilité. La pression des apophyses épineuses, au-dessus et au-dessous du point fluctuant, n'est pas douloureuse.

Le 27 juin, chloroformisation. Incision avec le thermo-cautère descendant sur la ligne médiane à partir de la troisième apophyse épineuse dorsale dans l'étendue de 10 centimètres environ. Un foyer purulent, qui a son siège dans les muscles de la gouttière vertébrale droite, est mis à nu. Les apophyses épineuses de la quatrième et cinquième vertèbres sont atteintes d'ostéite et en contact avec le pus. M. Polaillon résèque leur extrémité postérieure et rugine toutes leurs parties dénudées. A l'extrémité inférieure de l'incision qu'il vient de pratiquer avec le thermo-cautère, il découvre un trajet plein de fongosités, passant au-dessous des muscles de la masse lombaire et venant aboutir au foyer qui a été ouvert au niveau de la dernière fausse côte droite. Toutes les fongosités de ce foyer sont enlevées avec la curette de Volkmann. Une contre-ouverture est pratiquée dans la région lombaire et un drain est placé dans cette contre-ouverture.

Tous les trois jours, lavages phéniqués de la plaie et des trajets, puis pansement à l'iodoforme.

Amélioration rapide de l'état général. Disparition de la fièvre. A aucun moment la malade n'a été incommodée par l'iodoforme de ses pansements.

A la fin de juillet, la suppuration était fort peu abondante.

Au commencement de novembre, la malade allait très bien. La longue incision dorsale était complètement cicatrisée. Il ne restait plus que deux petites fistules, l'une au niveau de l'abcès costal primitif, l'autre au niveau de la contre-ouverture lombaire. Ces fistules ne donnent plus passage qu'à une quantité très minime de pus.

Séjour d'un mois au Vésinet, pendant lequel la santé générale se consolide de plus en plus.

La malade vient nous voir au commencement de cette année; les deux fistules sont complètement guéries.

Les trois faits de guérison, que je viens de mentionner, se rapportent à des cas

dans lesquels la lésion osseuse et l'abcès par congestion existaient à la partie postérieure du rachis, c'est-à-dire dans des points où il est relativement facile d'atteindre la source du mal et de le guérir. Mais, si le mal siège à la partie antérieure de la colonne vertébrale, si l'abcès par congestion a fusé le long du corps des vertèbres, de manière à venir se montrer soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure de la cuisse, le pronostic est bien plus grave et la guérison fort rare. Je vous ai rappelé plus haut comment elle se produisait. Le traitement chirurgical n'a qu'un rôle secondaire dans ces cas; l'orthopédie, l'hygiène, la réparation naturelle font tout ou presque tout. Cependant une intervention opportune peut quelquefois aider le travail de la nature.

Lister a annoncé qu'en employant rigoureusement sa méthode, on peut arriver à guérir les abcès par congestion et même le mal de Pott. Cette assertion est exacte, et j'ai eu l'occasion de la vérifier.

Chez un jeune homme scrofuleux, que j'avais guéri d'une ostéite suppurée du tibia droit par le pansement de Lister, je vis survenir un abcès par congestion qui se montra dans le triangle de Scarpa. J'ouvris cet abcès avec les précautions antiseptiques, je plaçai un drain et, par dessus, le pansement de Lister. En quelques jours, l'abcès fut guéri. Mais la cause de l'abcès, la carie vertébrale, subsistait, et la collection purulente se reforma dans la suite. Plus tard, le patient mourut de phthisie pulmonaire.

Dans le cas de ces vastes abcès par congestion qui viennent de la partie antérieure du rachis, on a quelquefois essayé, après avoir évacué le pus, d'aller modifier l'affection osseuse en injectant dans le trajet purulent une solution phéniquée. Cette pratique, qui peut être utile, présente cependant un danger: c'est la rétention d'une notable quantité de la solution phéniquée et un empoisonnement carbolique, qui peut être assez grave pour occasionner la mort. Aussi, lorsqu'on pratique le lavage des grands abcès par congestion avec une solution phéniquée, doit-on s'attacher à évacuer cette solution, de manière à ce qu'il ne reste plus qu'une quantité d'acide phénique incapable de produire des accidents.

Enfin, j'ai été témoin de la guérison d'un mal de Pott après la production d'une gibbosité. La malade appartenait à la clientèle de la ville. Je fus appelé à la voir, le 1er avril 1880, par mon ami le docteur Foissy fils, qui lui donnait habituellement des soins. Il s'agissait d'une jeune fille de 22 ans, d'une bonne constitution apparente. Quinze mois auparavant, une gibbosité s'était formée sans douleur au niveau de la cinquième vertèbre dorsale. La jeune fille avait continué à marcher, bien que des douleurs en ceinture et des douleurs rachidiennes se fussent produites. Cependant la santé ne s'était pas encore altérée très notablement.

Lorsque je vis cette malade, les douleurs en ceinture étaient très vives, les membres inférieurs étaient affaiblis et la gibbosité tendait à se prononcer davantage. Cependant il n'y avait pas trace d'abcès par congestion. Nous prescrivîmes un corset orthopédique, le séjour au lit, un régime tonique, le vin de quinquina, le phosphate de chaux.

Tout alla de mal en pis. La paraplégie devint complète. Les douleurs s'exaspérèrent. La santé s'altéra gravement jusqu'à l'été 1881. A cette époque, la malade se fit transporter en province.

Le séjour à la campagne paraît avoir eu une influence des plus heureuses sur la guérison du mal de Pott. Bref, à la fin de l'année 1881, je vis venir la malade chez moi m'annonçant qu'elle était complètement guérie. En effet, elle marchait librement, sans béquilles et sans canne; elle ne souffrait plus dans la colonne vertébrale; en un mot, tous les phénomènes morbides avaient disparu. En examinant la région dorsale, je constatai que l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre dorsale faisait une forte saillie, que la partie supérieure de la colonne vertébrale était inclinée à angle obtus sur la partie inférieure, d'où il résultait que la courbure à concavité antérieure de la colonne dans la région thoracique était exagérée et que les épaules étaient un peu saillantes en haut et en avant. Mais les deux tronçons

s'étaient réunis par une soudure solide, et la gibbosité était peu disgracieuse. Il n'y avait pas d'abcès par congestion.

Depuis plus d'un an et demi la guérison s'est maintenue et la jeune fille s'est mariée dans ces derniers temps.

En résumé, le mal de Pott est guérissable, si le malade conserve assez de force pour résister aux accidents et faire les frais d'une réparation osseuse.

La guérison a lieu presque toujours spontanément, rarement à la suite d'une intervention chirurgicale. Cependant, l'intervention chirurgicale est utile pour hâter une issue favorable.

Lorsque l'abcès par congestion siège dans la région dorsale et prend sa source dans une lésion de la partie postérieure des vertèbres, il est indiqué de l'ouvrir largement et de bonne heure, puis, remontant à la source du mal, de réséquer ou de ruginer à ciel ouvert les parties cariées.

Lorsque, au contraire, l'abcès par congestion a pour point de départ la partie antérieure de la colonne vertébrale et a suivi un long trajet pour venir se montrer au bassin ou à la cuisse, il me paraît indiqué de temporiser avant d'ouvrir l'abcès. Cette temporisation a pour but : 1° de laisser le temps à l'affection osseuse de se modifier favorablement et même de se guérir; 2° d'employer tous les moyens propres à faire résorber le pus. Lorsqu'enfin on s'est décidé à évacuer l'abcès, il faut faire une étroite incision en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques, établir un drain et appliquer un pansement de Lister. Si on croit devoir faire des injections phéniquées dans la poche purulente, il ne faut jamais oublier de retirer la solution injectée ; sans cela on s'exposerait à des accidents d'empoisonnement par l'acide phénique.

RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 24 mars 1883 (1),

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

Octobre, Novembre et Décembre.

LE HAVRE. — M. LECADRE.

« Trimestre désastreux sous le rapport météorologique, puisqu'il ne fut qu'une succession à peine interrompue de pluies abondantes, de bourrasques et même d'orages, mais satisfaisant sous le rapport de la constitution médicale. Aussi, le chiffre des naissances ayant été de 841 et celui des décès de 732; nous eûmes en ce trimestre, au Havre, un excédent de naissances sur les décès de 109.

Les maladies les plus communes furent celles appartenant à l'*appareil respiratoire*. Les décès par la phthisie pulmonaire qui s'élevèrent au chiffre de 111, un peu plus du sixième du chiffre des décès en général, furent un fait à déplorer. Les bronchites et les pneumonies fatales à 86 personnes furent également communes. Elles atteignaient de préférence les vieillards ou les personnes affectées d'un commencement de maladie du cœur ou d'emphysème du poumon. Des bronchites, plusieurs se généralisaient dans les bronches les plus ténues; elles étaient accompagnées d'orthopnée fatigante, augmentant surtout les jours de brouillard si fréquents durant le trimestre et, le plus souvent, prenaient un caractère d'exacerbation le soir ou dans la nuit,

Un autre fait fut observé, ce fut le réveil des affections chroniques prenant le caractère aigu. Ainsi, l'on compta un assez grand nombre de dyspepsies aiguës, beaucoup de méningites chez les enfants, et, dans un âge plus avancé, un chiffre assez considérable d'apoplexies cérébrales, dont quarante-six furent mortelles.

Le *croup* et la *diphthérie* continuèrent leur marche qui tend constamment à s'accroître. Quarante enfants en furent victimes.

Les cas de *fièvre typhoïde* furent rares. Généralement, ils furent bénins, et on ne put constater que dix-neuf décès par cette maladie. Il en fut de même de la fièvre puerpérale qui ne fut mortelle que pour trois femmes.

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 juin.

Les *fièvres éruptives* ne furent pas communes. Au mois d'octobre, cependant, apparurent encore, comme aux trimestres précédents, quelques affections scarlatiniformes sans gravité et sans durée. La véritable scarlatine n'emporta qu'un malade.

Au mois de novembre eut lieu chez un jeune homme un décès par hydrophobie (rage), à la suite d'une morsure de chien, contre laquelle nulle précaution n'avait été prise. Sa mère, mordue dans les mêmes circonstances, malgré son grand effroi, n'éprouva aucune atteinte de la maladie. »

MARSEILLE. — M. GUICHARD DE CHOISITY.

Tableau des décès pour la population entière (360,099 habitants).

Maladies	Totaux du précéd. trimestre.	Octobre	Novembre	Décembre	Totaux
Décès pour toutes causes réunies....	2,649	777	828	973	2,578
Variole..........................	44	22	20	26	68
Rougeole	82	7	6	31	44
Scarlatine.......................	5	4	2	1	7
Fièvre typhoïde..................	184	45	39	47	131
Entérites, diarrhées.............	428	75	59	43	177
Croup, diphthérie................	83	27	38	40	105
Bronchites.......................	56	18	17	23	58
Pneumonies.......................	217	89	106	149	344
Pleurésies	9	5	3	0	8
Tuberculose pulmonaire	291	87	111	116	314

Mouvement dans les hôpitaux civils.

Maladies	Octobre.		Novembre.		Décembre.	
	S.	D.	S.	D.	S.	D.
Variole	13	6	13	8	16	12
Fièvre typhoïde	65	10	43	11	44	10
Entérites, diarrhées	19	3	9	6	10	3
Bronchites	4	0	17	1	38	1
Pneumonies	17	5	12	10	12	4
Pleurésies.......................	8	3	3	0	6	1
Rhumatisme.......................	9	0	24	1	37	0
Tuberculose pulmonaire...........	54	11	44	23	37	36

« Pendant le trimestre qui vient de s'écouler, le baromètre a donné comme pressions moyennes en octobre 755,96, en novembre 755,36, en décembre 759,96, et, sauf quelques variations accentuées en novembre et décembre, s'est presque constamment maintenu à la même élévation. Le thermomètre, au contraire, a subi des alternatives nombreuses comprises en octobre entre le maxima de 25°,6 et le minima 4°,9; en novembre, entre le maxima 20°,1 et le minima 1°,3; en décembre, entre le maxima 18°,5 et le minima 3°,9.

La *variole* continue son mouvement ascensionnel : après avoir touché au 0 en octobre 1881, elle a repris sa marche en avant, et nous fournit 22 décès en octobre, 20 en novembre et 26 en décembre. Les chiffres accusés par le mouvement des hôpitaux civils attestent la même progression, dont on se rend encore mieux compte par l'examen des totaux trimestriels dans le tableau suivant :

IVe trim. 1881,	Ier trim. 1882,	IIe trim.,	IIIe trim.,	IVe trim.,
3 décès.	16 décès.	22 décès.	44 décès.	68 décès.

La *rougeole,* après une très notable diminution en octobre et novembre, a fait, elle aussi, un brusque saut en avant pendant le mois de décembre.

Quant aux affections des *voies intestinales,* elles ont donné pendant ce trimestre un chiffre inférieur à celui du trimestre précédent, 177 contre 428. — La *fièvre typhoïde,* bien qu'accusant une très légère recrudescence pendant le mois de décembre, a fourni un nombre de

décès moindre que pendant les mois de juillet, août et septembre ; cependant, cette diminution n'est peut-être pas aussi appréciable au point de vue des cas eux-mêmes : ils sont sans doute moins graves, mais non beaucoup moins nombreux. Il y a même lieu de noter spécialement une tendance très marquée aux complications pulmonaires.

Élévation considérable du chiffre des décès par *croup et diphthérie* : 83 décès pendant le IIIe trimestre, 105 pendant le IVe ; nouvelle preuve de l'influence fâcheuse du froid humide.

Mouvement également ascensionnel des maladies des *voies respiratoires,* et tout particulièrement de la pneumonie, dont le total trimestriel du décès s'est élevé de 217 pour le IIIe trimestre à 344 pour le IVe. Les chiffres de ces six derniers mois, qui diffèrent peu de ceux fournis par la période correspondante de 1881, se maintiennent d'ailleurs beaucoup au-dessus de ceux de 1880.

	Juillet.	Août.	Septembre.	Octobre.	Novembre.	Décembre.
1880.......	66	52	40	51	90	82
1881.......	64	74	52	134	108	127
1882.......	71	84	62	89	106	149

Que dire des malheureux tuberculeux ? Ils ont subi, eux aussi, l'influence funeste du refroidissement de la température, et le contingent de victimes qu'ils ont fourni est allé croissant en raison de l'abaissement thermométrique. »

ROUEN. — M. LEUDET.

« L'état sanitaire a continué à être très satisfaisant. Les maladies aiguës ont été rares et les maladies chroniques ont amené presque exclusivement les maladies dans nos hôpitaux.

La *fièvre typhoïde*, à l'hôpital comme en ville, a été très rare, à peine quelques cas à l'époque où la maladie atteint chaque année son summum de fréquence. Du reste les grandes épidémies de fièvre typhoïde sont plus exceptionnelles actuellement qu'il y a vingt ou vingt-cinq ans.

Je n'ai reçu aucun cas de *variole* pendant le quatrième trimestre 1882 ; pendant toute l'année 1882, la variole n'a été représentée dans ma salle d'hommes que par un cas de varioloïde très bénigne.

La fièvre typhoïde et les varioles ont été très rares en ville comme à l'hôpital.

La *dipthérie* continue à offrir une fréquence inusité dans notre localité ; elle s'est même étendue à la banlieue et jusqu'à la campagne où elle était presque inconnue.

Les affections aiguës des voies respiratoires observées ont surtout consisté en laryngites aiguës, bronchites sans gravité. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 avril 1883. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Présentation d'ouvrages. — M. Debove : *Du rétrécissement primitif de l'œsophage et de son traitement.* — M. Dumontpallier : *Contribution à l'étude de l'action de la réfrigération méthodique sur les congestions viscérales* (seconde note).

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Gazette médicale de Nantes.* — La *Thérapeutique contemporaine.* — La *France médicale.* — *Journal de médecine de Paris.* — *Annales de la Société d'hydrologie médicale.* — *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse.* — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — Le *Progrès médical.* — La *Tribune médicale.* — *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* — *Journal d'hygiène.* — *Lyon médical.* — *Bulletins* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Bulletins de la Société anatomique.* — *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France,* tome XIe.

—

M. DEBOVE présente, de la part de M. Mossé, agrégé à la Faculté de Montpellier, une brochure intitulée : *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme.*

M. DUJARDIN-BEAUMETZ : J'ai l'honneur de présenter à la Société médicale des hôpitaux, de la part du docteur Biot, une *Étude sur la marche et les causes de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Mâcon en* 1881.

Cette épidémie, qui dura du mois de mai au mois de décembre 1881, présenta deux sum-

mum d'intensité : l'un au mois de juin; l'autre au mois de septembre; le nombre total des personnes atteintes, pour la ville de Mâcon, fut de 422; ce qui fait, pour la population de Mâcon à ce moment (18,307 habit.), 1 typhique sur 43,38, ou si l'on préfère, 23,5 typhoïdiques sur 1,000 habitants; c'est une proportion considérable.

Parmi les causes de cette épidémie, M. le docteur Biot signale surtout le manque d'eau, le défaut d'étanchéité des fosses d'aisances, l'absence de fosses dans un grand nombre de maisons de la ville; enfin, le mauvais état de l'égout de l'abattoir.

Toutes ces causes ont été bien des fois signalées, et dans le travail de M. Biot, qui est fait avec le plus grand soin, elles montrent de nouveau l'importance que l'on doit attacher au bon état des égouts et des fosses, si l'on veut éviter le retour de ces épidémies.

—

M. Debove lit un mémoire intitulé : *Du rétrécissement primitif de l'œsophage et de son traitement*. (Sera publié.)

M. Dumontpallier fait la communication suivante : *Contribution à l'étude de l'action de la réfrigération méthodique sur les congestions cérébrales* (*Seconde note*). — (Sera publiée.)

La discussion est remise à une séance ultérieure.

— La séance est levée à cinq heures et la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire, Troisier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 janvier 1883. — Présidence de M. Duroziez, puis de M. Reliquet.

Suite. — (Voir le numéro du 16 juin.)

Installation du nouveau bureau. — M. le Président invite M. Polaillon, vice-président, et M. Graux, secrétaire annuel, à venir prendre place au bureau.

La correspondance imprimée comprend : le *Journal de médecine de Paris*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des sages-femmes*, le *Progrès médical*, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*.

Correspondance manuscrite. — M. le Président donne lecture d'une lettre de M. de Beauvais, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, et demande, en raison de son état de santé, un congé de trois mois. Le congé est accordé, et M. le Président annonce qu'il s'empressera de rendre visite à notre si dévoué Secrétaire général, dont la Société désire vivement le prompt rétablissement.

Puis, d'une lettre de M. le docteur Guibout, qui demande à la Société de lui accorder le titre de membre honoraire.

L'examen de cette demande est renvoyé à une commission composée de MM. Gillebert Dhercourt père, Perrin et Duroziez.

—

La parole est donnée à M. Polaillon pour une communication sur *Quelques faits de guérison de mal de Pott*. (Voir plus haut.)

DISCUSSION

M. Richelot : La communication de M. Polaillon est d'autant plus intéressante qu'elle est tout à fait d'actualité. La guérison des tuberculoses locales (dont le mal de Pott, dans ses diverses formes, est un cas particulier) est maintenant à l'ordre du jour. En même temps que les derniers travaux nous ont fait mieux connaître l'évolution du tubercule dans les tissus, et notamment dans les os, la thérapeutique de ces affections est devenue plus efficace, et la hardiesse chirurgicale s'est accrue dans une certaine mesure.

L'intervention large, avec ouverture des foyers ossifluents et modification directe de la lésion tuberculeuse initiale, est surtout heureuse quand cette lésion est accessible au doigt et aux instruments, comme dans les faits de M. Polaillon. Mais il y a plus, quand la lésion originelle est trop profonde pour que nous puissions l'attaquer, il arrive que le traitement et la guérison de l'abcès l'influencent par voisinage en quelque sorte, et semblent la placer dans de meilleures conditions pour sommeiller d'abord, s'arrêter dans son évolution, quelquefois guérir d'elle-même définitivement. Cette guérison survient naturellement à la condition que la lésion osseuse soit encore superficielle ou peu étendue. Voici un exemple de ce fait :

J'ai soigné l'été dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Richet, un garçon d'une vingtaine d'années qui avait, non pas un mal de Pott, mais une lésion osseuse tout à fait comparable, cachée profondément dans la cavité pelvienne, peut-être occupant la face

antérieure du sacrum. Cette lésion s'était d'abord manifestée par des douleurs sciatiques très violentes; puis, celles-ci ayant disparu, un énorme abcès ossifluent s'était développé et occupait toute la hauteur de la cuisse droite, en arrière, depuis le bord inférieur du grand fessier jusqu'au sommet du creux poplité.

Bien que je n'eusse pas l'espoir d'atteindre la lésion initiale, je fendis l'abcès symptomatique du haut en bas, et lui appliquai sans hésiter le traitement local des abcès tuberculeux, c'est-à-dire le raclage et l'extirpation aussi complète que possible de la paroi néoplastique. Après avoir ainsi gratté et mis à nu dans une grande étendue les muscles postérieurs de la cuisse, j'appliquai le pansement de Lister. Je n'osai pas me servir tout de suite de l'iodoforme, à cause de la quantité qu'il aurait fallu en introduire dans cette vaste cavité, et des accidents d'intoxication qui auraient pu survenir. En quelques semaines, la cicatrisation avança beaucoup; la suppuration fut très modérée, l'état général resta toujours satisfaisant. J'employai l'iodoforme quand la plus grande partie de la plaie fut comblée, pour activer le travail réparateur. Enfin, tout le foyer se réunit, sauf une petite cavité qui resta tout en haut, vers le bord inférieur du grand fessier. En ce point, il y avait un peu de suppuration qui semblait venir de la profondeur du bassin; car, pendant l'opération, mon doigt, qui n'avait senti aucun point dénudé sur les parties osseuses accessibles (ischion, échancrure sciatique), avait trouvé nettement un orifice arrondi qui faisait communiquer la vaste poche purulente de la cuisse avec l'intérieur de la cavité pelvienne.

Pendant que je traitais l'abcès de la cuisse et que j'y faisais des injections phéniquées, dont quelques-unes ont été poussées (à doses très modérées) jusque dans l'intérieur du bassin par l'orifice de communication, les douleurs profondes dans l'excavation pelvienne continuaient; la lésion osseuse, sur laquelle je n'avais aucune prise, semblait toujours en voie d'évolution.

Mais, peu à peu, chose remarquable, ces douleurs diminuèrent et enfin disparurent complètement. La partie supérieure de la plaie se réduisit aux proportions d'une fistule insignifiante, donnant à peine quelques gouttes de pus, comme si l'orifice de communication entre la cuisse et la cavité pelvienne tendait à s'oblitérer; et en même temps, le malade entièrement soulagé mangeait bien, reprenait des forces et de l'embonpoint. C'est alors qu'il sortit de l'hôpital. Je n'ai pas le droit de dire que la guérison soit acquise définitivement; j'espère que je reverrai ce malade et que je pourrai terminer son observation.

Dès à présent, je puis dire qu'à la suite du traitement efficace d'un gros abcès ossifluent, une lésion osseuse profonde et que je ne pouvais attaquer directement, s'est mise progressivement à s'endormir, à ne plus faire souffrir le malade, à tendre vers la guérison, peut-être même à guérir complètement. Les faits de cette nature ne doivent-ils pas autoriser les chirurgiens à intervenir avec une certaine hardiesse, en s'aidant des procédés antiseptiques dont nous disposons maintenant?

En terminant, je voudrais demander à M. Polaillon son opinion sur l'intoxication par l'iodoforme : Dans quelles conditions survient, à son avis, l'intolérance? et dans quelles limites peut-on employer ce topique *largâ manu?*

M. DE RANSE. A l'appui de ce que viennent de dire nos collègues, je puis apporter un fait de guérison bien confirmée de mal de Pott, dont j'ai été témoin sur l'un de mes bons amis.

M. X..., qui a aujourd'hui 54 ans, est un homme robuste et d'une très belle santé, qu'on soupçonnerait difficilement d'avoir été atteint, à l'âge de 17 ans, des accidents que je vais raconter brièvement. Je n'ai pas suivi moi-même l'évolution de la maladie, étant trop jeune alors, mais j'en ai connu les détails depuis, comptant, comme je l'ai dit, M. X... au nombre de mes meilleurs amis, le voyant fort souvent et pouvant par conséquent affirmer comme définitive une guérison que je n'ai jamais vu se démentir depuis 37 ans.

Donc à 17 ans, M. X... fut pris d'étouffements, de douleurs en ceinture et de faiblesses dans les jambes. Le médecin du petit pays qu'il habitait crut à une pleurésie, mais un autre confrère plus avisé trouva l'affection vertébrale. L'abcès par congestion vint s'ouvrir à l'épigastre et fut soigné comme un abcès froid, mèches, etc. On appliqua des cautères sur la colonne vertébrale. Enfin, on soutint l'état général par des toniques et l'huile de foie de morue. Au bout de six mois, le petit trajet fistuleux se ferma pour ne jamais se rouvrir, le jeune homme prit de l'embonpoint, se développa et guérit complètement.

M. THORENS. J'ai eu aussi l'occasion d'observer, il y a quelque temps, un malade atteint de mal de Pott. J'obtins la guérison de l'abcès par congestion en pratiquant deux ponctions aspiratrices. A la suite de la deuxième ponction, il s'établit une petite fistule qui ne se ferma complètement qu'après quelques mois. Voici l'observation de mon malade.

Ernest B..., 15 ans, m'est amené au mois de mai 1880, pour une tumeur de l'aine gauche. Ce jeune homme est employé dans une maison de commerce; il fait les courses, tirant parfois

une voiture ; il y a deux mois environ, il a fait une chute dans une cave, et depuis il accuse une certaine faiblesse.

La tumeur inguinale est à peu près indolente, fluctuante, réductible; la peau qui la revêt commence à rougir ; il s'agit évidemment d'une collection liquide purulente, en communication avec les organes profonds.

Il y a une scoliose manifeste, quoique peu marquée encore ; l'épaule gauche est plus élevée. Au niveau de la dixième vertèbre dorsale, il y a de la douleur à la pression, mais cette douleur est plus prononcée dans la gouttière vertébrale qu'au sommet de l'apophyse épineuse correspondante. Le diagnostic n'est pas douteux : mal de Pott, ostéite vertébrale, abcès par congestion.

Je vide l'abcès par aspiration et applique un corset plâtré de Sayre. Le malade s'y habitue au bout de deux jours, pendant lesquels il a souffert de la constriction du thorax; la collection liquide ne tarde pas à reparaître et à nécessiter une seconde ponction aspiratrice. Quelques jours après cette seconde ponction, il s'établit spontanément une ouverture fistuleuse, par lesquelles se fait une suppuration séreuse et peu abondante.

L'état général ne tarde pas à s'améliorer, Au bout de six semaines, il faut ouvrir le corset devenu trop étroit; après lui avoir donné un peu de jeu, je le fixe par une nouvelle bande platrée.

Le malade est envoyé dans les Pyrénées. Il en revient à la fin de l'automne, et on lui enlève le corset qu'il a porté pendant six mois; de tout ce temps, il n'a jamais gardé le lit. Il s'est développé ; il a grandi de plus de 5 centimètres; la scoliose n'a pas disparu entièrement, mais s'est très notablement améliorée. La suppuration est complètement tarie. B... peut reprendre le travail de bureau, et depuis ce moment sa guérison s'est maintenue.

Il s'agit bien là, évidemment, d'un cas de guérison du mal de Pott; toutefois, l'absence de tous antécédents héréditaires ou autres et le maintien, pendant tout le cours de la maladie, d'un état général satisfaisant, me paraissent justifier quelques réserves quant à la nature de l'affection osseuse, peut-être y avait-il non une tuberculose osseuse, mais une ostéo-périostite simple, consécutive à un traumatisme, auquel les accidents paraissaient en tous cas remonter.

M. Gillebert Dhercourt fils. J'ai vu un fait semblable à celui que vient de rapporter M. Thorens, avec cette seule différence que l'abcès se guérit par résolution.

Lorsque j'examinai ce malade pour la première fois, je trouvai une tumeur fluctuante située entre les aponévroses, dans l'épaisseur même de la paroi abdominale. Ne voyant pas de cause locale à cet abcès qui s'était développé lentement, j'explorai les vertèbres et rencontrai une apophyse épineuse très douloureuse. Il n'y eut donc pour moi aucun doute qu'il s'agissait d'un abcès par congestion, venu d'une vertèbre malade. J'immobilisai mon petit malade pendant 3 mois, et l'abcès disparut peu à peu sans aucune intervention. Aujourd'hui l'enfant est complètement guéri.

J'ajouterai qu'il n'y avait aucun antécédent tuberculeux dans la famille.

M. Duroziez. Ces observations montrent qu'il faut établir des distinctions entre les diverses variétés du mal de Pott, entre le mal de Pott lié à une lésion osseuse banale et celui qui reconnaît pour cause une altération tuberculeuse des os. Je suis tenté de croire, pour ma part, que les observations de mal de Pott guéri, sont relatives à des lésions osseuses vulgaires, simplement inflammatoires. Car il n'y a, ce me semble, rien d'étonnant à admettre qu'une ostéite simple guérisse là comme ailleurs, tandis qu'il me paraît plus difficile de croire à la guérison d'une ostéite tuberculeuse. Je pense donc qu'il y a là une confusion regrettable et que, sous le nom de mal de Pott, on comprend des affections diverses d'origine et qui, en conséquence, doivent évoluer différemment. Il y aurait, en particulier, intérêt à séparer complètement les lésions osseuses du corps des vertèbres de celles de leurs lames, les symptômes et la marche de ces deux maladies étant absolument distincts.

M. de Ranse est très frappé de la fréquence de l'intervention chirurgicale dans le traitement du mal de Pott dans les hôpitaux de Paris, en présence des nombreux cas de guérison spontanée signalés dans la pratique ordinaire, et pense que cela tient aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent ordinairement les malades qui s'adressent aux hôpitaux. Il demande à M. Polaillon si, en ville, alors qu'il pourrait réaliser les conditions hygiéniques désirables, il n'attendrait pas davantage du traitement général associé à l'hygiène, et ne serait pas disposé à intervenir moins près du début, et seulement alors que les moyens médicaux lui seraient bien démontrés insuffisants.

M. Richelot. Je répondrai à M. Duroziez que les exemples dont nous a parlé M. Polaillon, se rattachaient non à des traumatismes violents, à des inflammations aiguës des os comme on

en voit pendant la croissance, mais aux formes d'*ostéites vertébrales chroniques* dénommées par les auteurs classiques *tuberculisation* ou *carie* des vertèbres. Or, depuis les travaux récents, qu'il s'agisse d'un tubercule des os ou d'une carie, on a toujours affaire à un même produit néoplastique, le tubercule; la carie des jeunes scrofuleux est une lésion tuberculeuse; tous ces faits sont rangés aujourd'hui dans les *tuberculoses locales*. Ce n'est donc pas, si les idées modernes sont exactes, la nature de la lésion qui a permis à M. Polaillon de guérir ses malades; c'est la bonne volonté qu'elle a mise à rester locale, à ne pas envahir les poumons et les autres viscères. C'est dans les cas de ce genre et à cette condition, qu'une intervention large et radicale est souvent couronnée de succès.

M. Polaillon. Je répondrai d'abord à M. Duroziez que le mal de Pott peut présenter différents degrés, des formes variées; enfin la lésion peut siéger sur divers points de la vertèbre, mais que ce qui le caractérise principalement, et ce qui intéresse surtout le chirurgien, c'est l'abcès par congestion. Lorsqu'il s'est formé des collections purulentes autour de la vertèbre malade, si on n'intervient pas par un traitement méthodique, les lésions augmentent et fusent, la lésion osseuse s'étend et la déformation se produit.

Dans les cas que j'ai produits, il s'agissait bien de l'affection décrite sous le nom de mal de Pott, mais cette affection était au début, et dans une de mes observations le mal de Pott siégeait à la partie postérieure. C'est là une condition particulièrement favorable à l'intervention chirurgicale et je crois avoir montré le profit qu'on peut tirer de ce siège accessible de la lésion pour l'attaquer directement et la modifier par des topiques.

Quant au traitement après l'ouverture de l'abcès, il n'y a que l'acide phénique et l'iodoforme. Je n'emploie jamais que de 5 à 10 grammes d'iodoforme de façon à saupoudrer, à dorer toutes les parois de l'abcès, mais je n'en remplis jamais la cavité. Cependant, l'iodoforme est quelquefois mal supporté; alors, dès que j'aperçois un peu d'anorexie et quelques troubles légers, j'en suspens l'usage pour revenir aux pansemenis ordinaires. De cette façon, je n'ai jamais vu survenir d'accident sérieux.

Quant aux faits de guérisons spontanées cités par nos collègues, j'en connais aussi, tout le monde en a vu, et il est évident que, lorsqu'il n'y a pas de tuberculisation générale, lorsque l'affection se localise, le mal de Pott est une maladie qui le plus ordinairement guérit. Lorsque les malades meurent de leur mal de Pott, c'est qu'il se produit des complications soit du côté des abcès par congestion, soit du côté de la moelle.

Or, pour l'abcès, si on peut le laver, si on peut combattre la putridité, et surtout, ce qui n'est possible que pour ceux de la région postérieure, si on peut l'inciser largement, si en même temps on met le malade dans de bonnes conditions hygiéniques, l'affection guérit presque toujours.

En résumé, lorsqu'on a à faire à un abcès de la région postérieure, il faut agir de bonne heure et agir chirurgicalement. Il n'en va pas de même pour les abcès migrateurs du mal de Pott antérieur; il faut temporiser, attendre l'apparition des abcès à l'extérieur des cavités splanchniques et les ouvrir par de très petites incisions.

M. Gillebert Dhercourt père : Les abcès symptomatiques du mal vertébral de Pott ne réclament pas toujours une intervention chirurgicale. Ils peuvent être résorbés. Bouvier en a cité des exemples, et moi-même j'en ai observé un cas sur un enfant d'environ 6 ans, dont l'observation faisait partie du mémoire sur ce sujet, que j'ai adressé autrefois à la Société de chirurgie. Cet enfant avait eu d'abord une gibbosité formée par la saillie des apophyses épineuses des troisième et quatrième vertèbres lombaires, et un abcès symptomatique occupant la fosse iliaque droite. Il fut soumis, entre autres moyens de traitement, à l'usage d'un corset tuteur, grâce auquel son médecin crut pouvoir l'autoriser à marcher, bien qu'il ne le pût faire qu'avec une extrême difficulté. Or, durant ce traitement, une seconde gibbosité se forma bientôt dans la région dorsale (quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales), précisément là où l'office du corset-tuteur aurait dû le mettre à l'abri d'un semblable accident; la collection purulente, qui avait d'abord diminué, prit à ce moment un nouveau développe- et la cuisse droite était constamment fléchie sur le bassin.

Eh bien, l'influence de l'immobilité absolue sur un sommier, aidée d'un traitement hygiénique tonique et reconstituant, suffit pour faire disparaître l'abcès et, sinon effacer complètement les gibbosités, du moins pour les affaiblir considérablement et replacer la colonne à peu près dans son aplomb naturel.

Le second point sur lequel je désire dire quelques mots, est le mode de réparation des désordres causés dans le corps des vertèbres par le mal de Pott, dont la guérison, dans des conditions spéciales, vient d'être mise en doute par un de nos collègues. Je ne veux pas parler de ces cas sur lesquels M. Polaillon vient de nous faire une communication si intéressante, mais de ceux qui, dus soit à une tuberculose locale et enkystée, soit à la scrofule, affectent

les corps vertébraux dans leur partie antérieure, et sont pour cette raison inaccessibles aux moyens chirurgicaux.

Ollivier, d'Angers, et Sanson admettaient la possibilité de cette guérison, mais ils croyaient qu'elle ne pouvait avoir lieu qu'au moyen de l'écrasement préalable du corps de la ou des vertèbres affectées par la maladie. Aussi leur système de traitement consistait-il en particulier à favoriser cet écrasement par la marche et la position debout.

Mais Nichet (de Lyon), Nélaton, Brodie, Delpech, Benoit et Alquié (de Montpellier) ont démontré que cela n'était pas nécessaire; bien plus, que cette pratique était souvent contraire au vœu de la nature. Ils ont prouvé par la production de pièces anatomiques, d'une part, que l'excavation du corps de la vertèbre peut être spontanément oblitérée par du tissu fibreux ou par du tissu osseux de nouvelle formation, et, d'autre part, que la disparition de la cavité osseuse n'est pas nécessaire à la guérison, car sur quelques-unes de ces pièces anatomiques ces cavités ont persisté après une cure radicale. Dans ces cas, la formation de stalactites osseuses, non dans l'intérieur de la cavité, mais dans les alentours de celle-ci, constituant, suivant l'expression de Nélaton, des *colonnes de renforcement*, supplée la portion osseuse détruite sans prendre sa place. Loin de conseiller la marche, même en donnant un support à la colonne vertébrale au moyen des corsets-tuteurs, ces auteurs recommandaient l'immobilité absolue, comme base principale du traitement, convaincus qu'ils étaient que le mouvement exaspère le mal. C'est aussi mon avis, et c'est pourquoi j'avais institué, à l'établissement Pravaz, le traitement du mal vertébral de Pott que vient de rappeler M. Polaillon.

M. Thevenot demande à M. Polaillon si on ne s'est jamais servi, dans ces dernières années, de préparations mercurielles comme antiseptiques.

M. Polaillon : Les faits que M. Gillebert Dhercourt vient de nous rappeler confirment ce que je disais tout à l'heure : c'est qu'il faut temporiser pour les abcès de la région antérieure.

Je dirai à M. Thevenot que je n'ai jamais employé la liqueur de Van Swieten comme antiseptique. Sans doute, l'acide phénique n'est pas le seul agent antiseptique, mais c'est celui qui convient le mieux à nos tissus; c'est celui qui favorise le mieux la cicatrisation des plaies.

M. le Président annonce le résultat du scrutin sur la candidature de M. Dumas (de Cette). M. Dumas est nommé membre correspondant à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, Gaston Graux.

FORMULAIRE

Suppositoire contre la métrorrhagie. — Dujardin-Beaumetz.

Ergotine.	0 gr 50 centigr.
Beurre de cacao.	5 grammes.

F. s. a. un suppositoire, conseillé contre la métrorrhagie occasionnée par la présence du fibrôme utérin. — On pourrait également l'essayer contre le flux hémorrhoïdal. — N. G.

COURRIER

Concours de l'agrégation. — Les dernières questions données pour la section de physique et chimie ont été :

1° MM. Doumer et Bagnéris : « Le prisme optique » ; 2° MM. Guebhard et Bergonié : « Le microscope. »

Voici l'ordre dans lequel les candidats de la section des sciences anatomiques, physiologiques et d'histoire naturelle sont appelés à subir la seconde épreuve (leçon de trois quarts d'heure après trois heures de préparation) :

A. *Naturalistes.* — 1° M. Mongenot; 2° M. Henneguy; 3° M. Blanchard; 4° M. Lemaire; 5° M. Macé; 6° M. Beauvisage; 7° M. Granel.

A. *Anatomistes.* — 8° M. Wertheimer; 9° M. Variot; 10° M. Debierre; 11° M. Planteau; 12° M. Sadler; 13° M. Reynier; 14° M. René; 15 M. Imbert; 16° M. Quénu; 17° Demon.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉFRIGÉRATION DU CORPS HUMAIN DANS LES MALADIES HYPERTHERMIQUES ET EN PARTICULIER DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 9 mars 1883,

par M. DUMONTPALLIER.

En 1880, au mois de mars, devant l'Académie de médecine, et la même année, au mois d'août, au Congrès de Reims, j'ai fait connaître les résultats de mes expériences sur la réfrigération du corps humain au moyen d'un appareil spécial dont j'avais donné la description antérieurement et indiqué le mode de fonctionnement.

Déjà convaincu, à cette époque, que l'hyperthermie dans les maladies n'est point seulement un symptôme, mais peut devenir un agent qui engendre des complications graves, un agent destructeur des humeurs et des tissus, je m'étais proposé d'abaisser la température pathologique, d'une façon continue ou intermittente, par un procédé dont l'action fut scientifiquement mesurable, à chaque moment de l'expérience thérapeutique, et cela sans exposer le malade à aucun danger. En agissant ainsi, je voulais me tenir en garde contre les objections qui avaient été faites à la méthode de Brand.

Depuis trois années, j'ai eu souvent l'occasion de faire usage de l'appareil réfrigérateur. Mes expériences ont été faites publiquement dans mon service à l'hôpital de la Pitié, et je n'hésite pas à déclarer que l'appareil réfrigérateur m'a paru être le moyen le plus rapide, le plus certain pour obtenir, à un degré voulu, l'abaissement de la température pathologique et cela, je le repète, sans déterminer d'accidents graves chez les malades. La seule objection sérieuse qui puisse être faite à l'appareil, c'est qu'il réclame une attention intelligente de la part de ceux qui doivent en surveiller le fonctionnement. Son action est scientifiquement mesurable; on a donc en mains un moyen puissant et sûr, à la condition de ne pas dépasser le but que l'on veut atteindre.

Lorsque le malade est soumis à l'action réfrigérante de l'appareil, on constate, vingt à trente minutes après le début de l'expérience, que la régulation thermique pathologique est vaincue; alors la température baisse progressivement et régulièrement de 1 degré à 1 degré 1/2, dans l'espace de une heure à une heure et demie. Dès que le malade se plaint du froid, on ferme les robinets de l'appareil; la température peut baisser encore, pendant dix à vingt minutes de quelques dixièmes de degré, le plus souvent elle reste stationnaire pendant le même temps. Puis la réascension de la température se produit dans un laps de temps égal à celui de sa descente. C'est-à-dire que, si la température a mis une heure et demie pour baisser de 1 degré à 1 degré 1/2, elle met le même temps pour remonter au degré de début de l'expérience. Aussitôt que la température a de la tendance à franchir le degré initial, les robinets de l'appareil sont de nouveau ouverts et on constate les mêmes résultats que dans la première période de l'expérience. On peut donc dans la même journée, toutes les trois heures ou toutes les quatre heures, ouvrir les robinets de l'appareil et les maintenir ouverts pendant une heure et demie. On obtient ainsi, par l'ouverture et la fermeture successives des robinets, une série de descentes et de réascensions de la ligne thermique dont la résultante est inférieure de plusieurs dixièmes au degré de la température du début de l'expérience. On peut donc, en

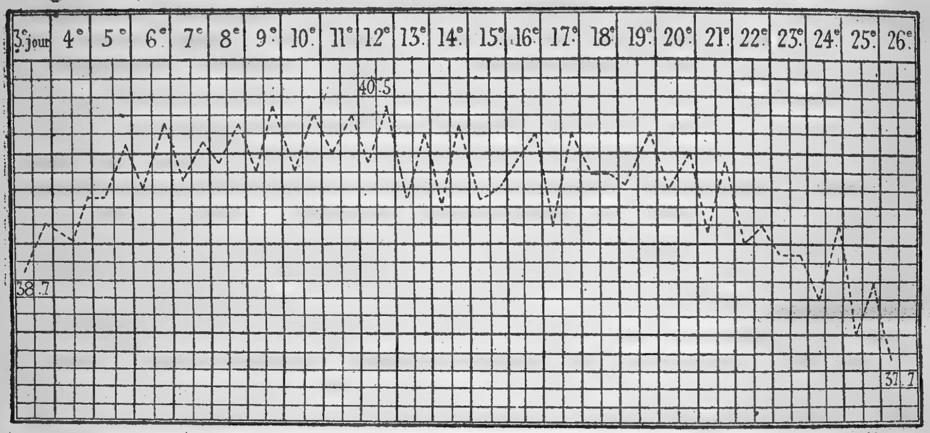
agissant comme il vient d'être indiqué, obtenir une température vespérale inférieure à la température matinale, et l'on ne tarde pas à constater, après l'usage méthodique de l'appareil pendant plusieurs jours, qne la température pathologique va en décroissant chaque jour le matin et le soir. On obtient ainsi une descente en escalier de la ligne thermique, laquelle remplace, dans le tracé, la ligne dite de plateau de la fièvre typhoïde.

Lorsque l'expérience est bien conduite, le malade accuse un bien-être dans l'appareil. Sa fraîcheur lui est agréable, le pouls diminue de fréquence et de force, tout en conservant le caractère du dicrotisme. La respiration est moins fréquente. La langue redevient humide, la peau cesse d'être sèche et une amélioration est manifeste dans l'état général du malade,

Pour rendre facilement appréciable l'action de l'appareil sur la courbe thermique de la fièvre typhoïde, je place ici les tableaux suivants :

1° Un tableau A qui représente la courbe thermique ordinaire de la fièvre typhoïde à partir des premiers jours jusqu'au début de la convalescence.

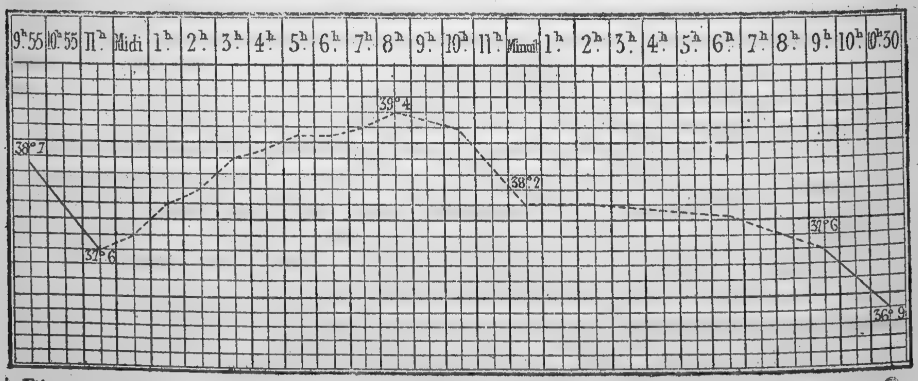
TABLEAU A



Fièvre typhoïde
Courbe thermique pendant 26 jours sans action de l'appareil

2° Un tableau B, où est inscrite la température d'heure en heure pendant vingt-quatre heures, et où est indiquée l'action de l'appareil réfrigérateur de 9 heures 55 minutes à 11 heures du matin dans la période d'état de la fièvre typhoïde.

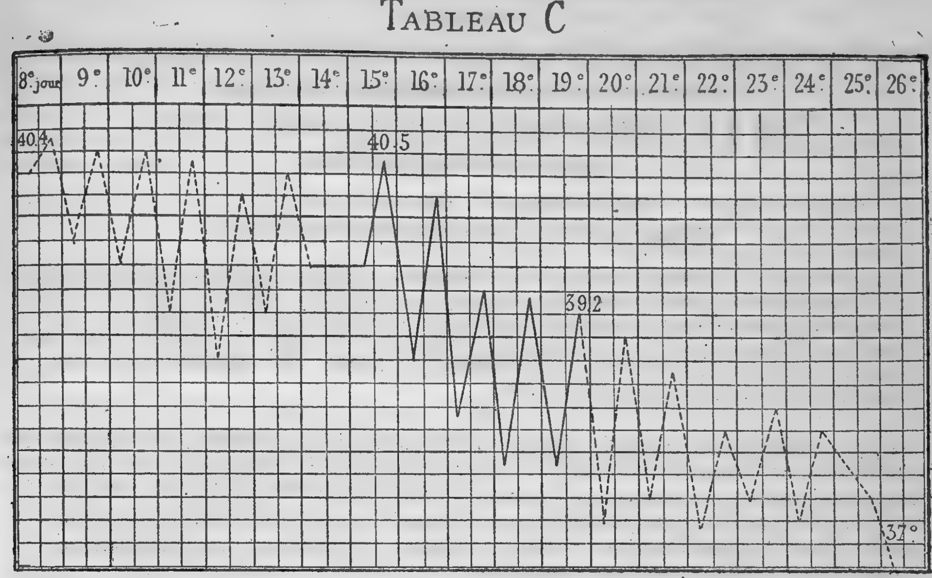
TABLEAU B



Fièvre typhoïde
Courbe thermique pendant 24 heures
Cette courbe montre la marche de la température pour 24 heures
L'appareil n'ayant marché que de 9h 55, à 11h et de 9h à 10h 30 le lendemain matin
L'action de l'appareil est marquée par les lignes pleines

3° Un tableau C, où est indiquée l'action de l'appareil du quatorzième au vingtième jour de la fièvre typhoïde.

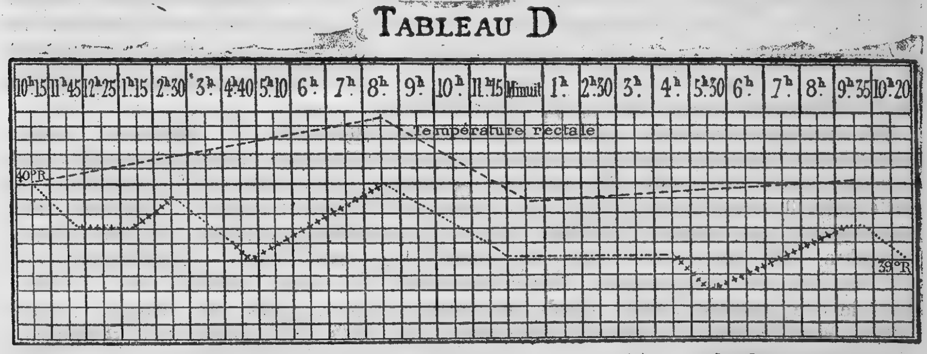
Tableau C



L'Action de l'appareil est indiquée par la ligne pleine.

4° Un tableau D, où sont inscrites pendant vingt-quatre heures les lignes brisées descendantes et ascendantes de la température, lorsque l'appareil fonctionne méthodiquement.

Tableau D



La Ligne ………… indique que les robinets étaient ouverts. fièvre typhoïde onzième jour.
La Ligne ++++++ indique que les robinets étaient fermés.
La Ligne —.—.— indique que les robinets étaient à moitie ouverts.
Les Robinets ouverts l'appareil débite 90 litres à l'heure c'est-à-dire 1 litre ½ à la minute.
ouverts à moitie 45 litres.
La température moyenne de l'eau était à 12.2.
La Ligne ------ représente ce qu'aurait été la courbe thermique si l'appareil n'avait pas fonctionné.

(La suite dans un prochain numéro.)

Faculté de médecine de Nancy. — M. Hallois (Jean-Baptiste-Léon-Marie) est nommé préparateur d'hygiène, en remplacement de M. Saunier, démissionnaire.

École de médecine de Poitiers. — M. Lachaize, docteur en médecine, suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, est nommé, en outre, pour une période de dix ans, chef des travaux anatomiques.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Petit, médecin en chef de l'asile des aliénés de Nantes, décédé à l'âge de 61 ans. M. Petit occupait ce poste depuis 28 ans; c'était un confrère très estimé et d'une honorabilité parfaite.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

SUR LE

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS [1]

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ),

Par le docteur G. RICHELOT père,
Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

OBSERVATION XII. — Susceptibilité originelle probable des organes génitaux. Souffrances exceptionnelles produites par les rapprochements sexuels. Symptômes utérins douloureux, méconnus et non traités. Engorgement inflammatoire du col de la matrice. Cautérisations avec le caustique Filhos, suivies d'un écoulement sanieux, plus ou moins abondant. Guérison après quatre cautérisations. Reconstitution du museau de tanche. Coït devenu non douloureux. Grossesse immédiatement après la guérison.

Mme L..., âgée de 23 ans, mariée depuis un peu moins de deux années, n'ayant point eu de grossesse, m'a consulté en janvier 1880 pour des souffrances qui avaient leur siège dans les organes génitaux. De tempérament lymphatico-nerveux, de taille au-dessus de la moyenne, très mince, elle avait toujours été délicate, mais sa santé n'avait jamais été altérée par aucune maladie grave. Avant son mariage, ses règles venaient régulièrement aux époques normales, et elles étaient habituellement assez abondantes.

Les premiers rapprochements sexuels furent horriblement douloureux, au point de déterminer des crises nerveuses, qui ne duraient pas moins de deux ou trois semaines. Malgré ces accidents sérieux, qui se renouvelèrent à chaque tentative de rapprochement, et quoique ses époques, toujours régulières pour la date, s'accompagnassent constamment de grands malaises, de céphalalgie, de maux de cœur, qui la forçaient de s'aliter, elle conserva pendant quinze mois les apparences de la bonne santé, et même son embonpoint augmenta un peu. Le seizième mois après son mariage, elle eut à faire des voyages courts mais fatigants, elle eut des émotions morales pénibles; et le dix-septième mois, ses règles, qui se compliquaient de vives souffrances dans le ventre, furent suspendues brusquement par une grande frayeur, mais se rétablirent, peu de temps après, spontanément.

A la suite de cette époque, en août 1879, elle prit quatre bains de rivière, qui produisirent chaque fois une courbature pénible; et le quatrième ayant été suivi de l'écoulement d'un peu de sang par la vulve, elle abandonna les bains froids. Alors, pour la première fois, elle eut des flueurs blanches. Puis, elle éprouva les symptômes suivants : digestions pénibles, maux de tête, sommeil irrésistible l'après-midi, insomnies nocturnes. Le mois suivant, septembre 1879, éruption des règles plus pénible que jamais, ventre si douloureux que le poids des draps est insupportable, tension douloureuse des seins, nausées dans la journée, maux de tête *percutants*, dit la malade, nervosisme exagéré. Après cette époque, la sensibilité du ventre a persisté pendant quelque temps, au point que la secousse de la voiture causait une vive souffrance.

Dans ces conditions de santé, la jeune malade alla passer quelques semaines à la campagne en octobre. Le changement de séjour et le repos produisirent un peu d'amélioration. Les fonctions digestives s'accomplirent mieux; l'époque de ce mois fut moins douloureuse; mais le sang fut moins abondant, et le ventre parut plus ballonné. Toutefois, bientôt se reproduisirent les maux de cœur, maintenant avec vomisements et dérangements d'entrailles; et les époques suivantes amenant de moins en moins de sang, après consultation, on crut à un commencement de grossesse. Cet état se continua sans changement notable jusqu'en janvier 1880. Ce dernier mois fut signalé par les maux de cœur, les insomnies et la perte de l'appétit.

Ce fut alors que la malade, qui habitait une ville peu éloignée de Paris, se confia à mes soins. Depuis trois ou quatre mois, elle était amaigrie et avait perdu sa fraîcheur. Elle était toujours tourmentée par les symptômes qui viennent d'être décrits. Les maux de tête surtout étaient continuels et ôtaient tout sommeil. Les approches conjugales étaient excessivement douloureuses et à peu près impossibles par la souffrance qu'elles causaient à la malade. A la fin de l'émission des règles, le canal de l'urèthre devenait le siège d'un spasme

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 juin.

très irritant. Il y avait d'ailleurs des signes d'anémie, un certain degré d'affaiblissement constitutionnel, et une constipation prononcée.

L'exploration des parties génitales externes fit découvrir à l'entrée du vagin, sur la paroi latérale, une large plaque rouge avec érosion, qui était le siège d'une douleur excessive et probablement le résultat des tentatives de copulation. Le simple toucher fut extrêmement pénible; et il fallut beaucoup de courage à la malade pour supporter l'introduction d'un spéculum de petit volume. La matrice ne paraissait ni abaissée, ni déviée. Le museau de tanche, douloureux à la pression, offrait les signes ordinaires de l'engorgement inflammatoire : augmentation de volume, induration, surface lisse et luisante, rougeur vive avec granulations au pourtour de l'orifice, qui était rond et laissait sortir une humeur glaireuse.

Le traitement a été institué de la manière suivante : bains d'eau de son; lavements émollients; injections vaginales avec une décoction de guimauve tiède; pansement de l'érosion avec une solution d'azotate d'argent, dans la proportion de 15 centigrammes du sel d'argent pour 30 grammes d'eau; un tampon imprégné de cette solution a été chaque jour introduit et maintenu à l'entrée du vagin; cautérisation du museau de tanche avec le caustique Filhos; — à l'intérieur, eau de Vichy (Célestins); décoction de chiendent avec le vin aux repas en vue de l'irritation uréthrale; fer réduit par l'hydrogène; vin de quinquina; alimentation réparatrice.

La première cautérisation avec le caustique Filhos fut pratiquée à Paris vers le 10 février 1880. Après un jour de repos, la malade retourna chez elle, à environ cent kilomètres de la capitale. Les suites de l'opération se bornèrent à un écoulement humoral, légèrement sanieux, assez abondant. Aucune fatigue ne se fit sentir.

Il n'en fut pas de même de la seconde cautérisation, pour laquelle la malade revint à Paris vers le 19 du même mois; elle amena une grande prostration, un malaise général. Le caustique avait pénétré plus avant dans le tissu du col; l'eschare était plus étendue et plus profonde. La jeune femme, de retour chez elle, fut obligée de garder le lit pendant quelques jours. L'époque suivante donna peu de sang, mais ce sang était plus coloré que celui des époques précédentes.

A la troisième cautérisation, qui eut lieu le 8 mars, l'état du museau de tanche commençait à se modifier; la santé générale s'améliorait sensiblement; l'érosion de l'entrée du vagin était en voie de guérison. L'écoulement provoqué par la cautérisation fut notablement moindre. Aucune fatigue, aucun malaise ne suivit l'opération et le voyage de retour.

La quatrième cautérisation, qui a été la dernière, a été pratiquée le 9 avril 1880. Les organes malades se reconstituaient.

A partir de cette dernière opération, toutes les fonctions se sont rétablies progressivement et même avec rapidité. La bonne mine revint bientôt de plus en plus. Le 16 avril 1880, l'époque menstruelle se produisit dans les meilleures conditions; et la malade se considéra et fut considérée par son entourage comme guérie. Puis, la santé générale se consolidant, les règles qui étaient attendues le 16 mai, manquèrent complètement. Le museau de tanche était redevenu normal; et le coït ayant cessé d'être douloureux, la jeune femme était enceinte. Elle est accouchée heureusement le 17 janvier 1881.

Remarques. — Cette observation renferme un remarquable enseignement. Sous l'influence d'une sensibilité particulière des organes génitaux, disposition fâcheuse qui n'est pas très rare, et qu'on est bien forcé d'admettre chez cette jeune femme, et par suite aussi peut-être d'une disproportion des organes, les premières tentatives conjugales ont donné lieu à des désordres considérables. Il fallait se hâter de réparer ces désordres, qui si souvent, abandonnés à eux-mêmes sans traitement méthodique, déterminent des lésions incurables et la stérilité. Or, qu'a-t-on fait? Après examen, on a attribué à une grossesse commençante les symptômes qui étaient le produit d'une métrite aiguë du col ! Heureusement, sous l'influence d'une direction nouvelle, l'application du caustique Filhos sur le museau de tanche, modifiant et dégorgeant les tissus malades, a fait cesser promptement ces symptômes, et en reconstituant l'organe, a rendu possible la grossesse, qui ne s'est pas fait attendre longtemps, comme pour donner une démonstration éclatante des bons effets du mode de traitement employé.

Observation XIII. — Enfance tourmentée par les maladies. Mariage prématuré. Deux grossesses maladives, dont la seconde a été compliquée par des vomissements fatigants pendant toute sa durée. Une fausse couche entre les deux grossesses. Symptômes très variés, très douloureux, dont l'origine ne paraît même avoir été recherchée pendant une douzaine d'années. Engorgement considérable du col utérin. Cautérisations avec le caustique Filhos. Amendement rapide des symptômes. Guérison complète et rétablissement de la santé générale en moins de trois mois et demi, et après dix cautérisations.

Mme M..., de..., âgée de 33 ans, s'est confiée à mes soins le 1er mars 1853. Elle était venue à Paris me consulter le 17 septembre 1852, et j'avais diagnostiqué une maladie ancienne de la matrice. Cette malade, de taille élevée, de tempérament d'apparence nerveuse et bilieuse, était née à la campagne, et avait eu une enfance tourmentée par les maladies jusqu'à l'âge de 15 ans 1/2, époque où sa menstruation s'est établie. Alors, sa santé est devenue meilleure. Malheureusement, à l'âge de 17 ans, elle a quitté la campagne pour se marier et habiter la ville. C'était trop tôt. En somme, quand je l'ai vue, elle n'avait eu dans toute son existence que deux années de bonne santé, de 15 à 17 ans.

Peu de temps après son mariage, elle est devenue enceinte, et cette première grossesse a été maladive. Alors, elle a commencé à maigrir, et elle n'a jamais recouvré son embonpoint depuis. Toutefois, l'accouchement a été naturel et la jeune mère a nourri son enfant. Environ deux ans après cet accouchement, elle a fait, a-t-elle dit, une fausse couche à un mois, et quelques mois après, elle est devenue enceinte pour la seconde fois. Cette seconde grossesse s'est compliquée, pendant toute sa durée, de vomissements fréquents et fatigants. Mais l'accouchement a été naturel comme le premier, et la malade a également nourri son second enfant.

Pendant cette nourriture, à partir du cinquième mois après l'accouchement, la malade est devenue sujette à des épistaxis très fréquentes, avec congestion vers la tête selon le diagnostic de ses médecins. Ces épistaxis furent combattues par des saignées fréquentes, qui arrêtaient l'hémorrhagie, mais amenèrent une grande faiblesse.

A cette époque, c'est-à-dire cinq mois après le second accouchement, se manifestèrent de grandes douleurs dans les jambes, et surtout dans les genoux et dans les cous-de-pied. On appliqua 60 sangsues aux genoux et aux chevilles, en plusieurs fois, en deux jours, pour combattre ces douleurs, qui arrachaient des cris aigus. Ces applications faisaient cesser les douleurs momentanément; mais les souffrances revenaient. Les choses se passèrent ainsi pendant quatre ou cinq ans, pendant lesquels on prodigua les saignées, les sangsues et les potions calmantes. Les douleurs s'accompagnaient de crises nerveuses, violentes. Pas d'appétit, pas de sommeil, affaiblissement, amaigrissement. Il y avait aussi des douleurs fréquentes dans les bras, dans les doigts, mais peu ou point dans les reins, le ventre et les cuisses. Les règles sont restées régulières quant à la date, mais peu abondantes; et il n'y avait point eu de flueurs blanches.

Les sept dernières années avaient été très douloureuses. La malade ne donnait à cette occasion que des renseignements vagues. Elle affirmait que pendant cette période elle avait été toujours de plus en plus malade. Trois ans avant le moment où elle est venue me consulter, elle avait été prise d'une fièvre violente avec perte de connaissance pendant trois heures, et on l'avait saignée et purgée. Elle était restée six mois sans dormir; et depuis, le sommeil avait toujours été mauvais. Puis, les symptômes ont été les suivants : à la moindre indisposition, vomissements et chaleur de la gorge; maux d'estomac; perte de l'appétit; amaigrissement; traits tirés; diminution de plus en plus marquée des forces; à la moindre fatigue, obligée de garder le lit pendant quinze jours, un mois, six semaines. Avant ce qu'elle appelait sa grande maladie, à la suite du dernier accouchement, son ventre était devenu très gros et augmentait graduellement; mais, à partir de cette maladie, il avait perdu son excès de volume. Tous les symptômes qui viennent d'être énumérés, s'exaspéraient aux époques. A la suite de la grande maladie, il est survenu une perte utérine, qui a duré 5 mois, sans cesser, jour et nuit. Puis, les règles ont diminué de manière à se trouver réduites à un simple suintement peu coloré. Dans les intervalles des règles se sont produites des flueurs blanches peu abondantes, sans odeur, ni coloration. Plus récemment, les règles avaient pris une mauvaise odeur. Il est à remarquer que la malade n'a jamais accusé ni maux de rein, ni maux de ventre. Mais la moindre marche, la moindre fatigue, déterminait de la douleur à la face antérieure des deux cuisses, et cela augmentait à chaque époque. D'ailleurs, cinq ou six fois par jour, la malade éprouvait des faiblesses, comme des évanouissements. La vie lui était devenue insupportable.

Le 1er mars 1853, l'exploration des organes génitaux me permit de constater un engorgement considérable du col utérin.

Le traitement fut institué de la manière suivante : Cautérisation avec le caustique Filhos;

injections vaginales d'eau fraîche; vin de quinquina; poudre composée : fer, quinquina et quassia amara; deux bains par semaine.

Une heure après la première cautérisation, qui a produit une eschare profonde, la malade éprouvait déjà un sentiment de mieux dans sa santé. Après la troisième, les règles sont venues avec moins de souffrances, plus naturelles et plus abondantes. De même après la sixième, et presque sans souffrance.

Le 1er avril, c'est-à-dire après un mois seulement de traitement et cinq cautérisations, la malade dormait bien, mangeait bien, pouvait supporter les bains, ce qui lui était impossible auparavant, avait le teint meilleur, le visage naturel, et avait recouvré ses forces en partie. Le col utérin se transformait. Cependant, quand elle marchait, elle ressentait encore sa douleur de la gorge qui la forçait de s'arrêter; mais ses évanouissements quotidiens si pénibles avaient disparu. Le 30 mai, l'époque menstruelle fut complètement normale.

Il y eut en tout 10 cautérisations, du 1er mars au 6 juin. Ainsi, la guérison a été obtenue en moins de trois mois et demi. Le col utérin avait repris à peu près sa forme et son aspect naturels.

Remarques. — Chez cette malade, le terrain était malheureusement trop bien préparé pour le développement d'une maladie utérine à la suite des excitations pathologiques et des fatigues de l'enfantement. Les vomissements qui ont eu lieu pendant toute la durée de la deuxième grossesse révélaient déjà une condition morbide de la matrice, probablement de son col. Chose pénible, pendant plus de douze ans, on a laissé cette pauvre patiente en proie aux phénomènes les plus douloureux, se bornant à traiter les symptômes, sans songer à remonter à l'origine des souffrances pour en faire cesser la cause. Il est vrai que pendant la première période, les symptômes étaient, au moins en apparence, ceux d'un arthritisme généralisé. Mais était-ce une raison, en présence de l'insuccès des traitements, pour ne pas faire des recherches? D'ailleurs, ensuite, les traits de la maladie se sont nettement caractérisés.

Il y a, dans ce cas, un fait à noter, c'est la rapidité du bien-être produit par le caustique déterminant évidemment une brusque action réflexe sur le système nerveux. Ce mode de traitement est donc remarquable, soit que l'on considère la modification opérée dans les tissus malades, soit que l'on envisage les effets réflexes salutaires de cette modification sur la santé générale.

A suivre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juin 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentation. — Syphilis cérébrale, trépanation, guérison; discussion. — Cachexie paludéenne compliquée de glycosurie et de gangrène des extrémités, amputation, guérison. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme.

M. Tillaux présente, au nom de M. le docteur Denis-Dumont (de Caen), une brochure intitulée : *Propriétés hygiéniques et thérapeutiques du cidre*; *de la pierre en Basse-Normandie.*

— M. Maurice Perrin fait une communication relative à un cas de trépanation pratiquée chez un malade atteint de syphilis cérébrale, et suivie de guérison.

Au mois de mars de l'année 1878, entrait au Val-de-Grâce, dans le service de M. Perrin, un officier âgé d'environ 40 ans, de constitution robuste, présentant les symptômes suivants :

Démarche incertaine, altération des traits de la face, déviation de la commissure labiale du côté gauche, impossibilité de prononcer un seul mot, par amnésie plutôt que par aphasie proprement dite; troubles psychiques semblables à ceux qui se manifestent au début du ramollissement cérébral.

En examinant le malade avec attention, M. Maurice Perrin constate sur le côté droit du front l'existence d'une saillie diffuse, allant transversalement de la ligne médiane à la fosse temporale, et verticalement de la bosse frontale au rebord de l'orbite. Au milieu de ce plateau s'ouvrait un petit pertuis, orifice extérieur d'un trajet fistuleux à travers lequel on pouvait

introduire un stylet dans la cavité crânienne. Il existait en outre un écoulement purulent de la narine droite remontant à une date très ancienne.

Les renseignements donnés par les personnes qui accompagnaient le malade apprirent à M. Perrin que pendant la guerre de Crimée, le 5 novembre 1854, cet officier avait reçu une balle morte sur le côté droit du front; qu'il était tombé sous le coup, mais qu'il avait pu se relever et qu'il s'était rétabli au bout de quelques jours, en conservant toutefois une céphalalgie qui avait persisté sans l'empêcher néanmoins de se livrer à ses occupations habituelles. Puis le mal de tête avait disparu à la suite d'un écoulement purulent qui s'était établi du côté de la narine droite et, sauf cet inconvénient, le malade pouvait, à ce moment, être considéré comme guéri.

En 1865, onze ans après, cet officier fit la campagne du Mexique d'où il rapporta, avec des lauriers, la syphilis qui, paraît-il, acquiert sous l'ardent climat de ce pays une virulence toute particulière. Les maux de tête reparurent avec les premières manifestations de la syphilis et allèrent toujours en augmentant, si bien qu'en 1869, le malade alla consulter Nélaton, qui reconnut l'existence de l'hyperostose du crâne et constata la présence d'un séquestre dont il pratiqua l'extraction séance tenante. Là ne se borna pas l'intervention de Nélaton car, quinze jours après, il compléta son opération en réséquant les aspérités du séquestre autour d'un foyer purulent qui fut alors complètement évacué.

A la suite de cette seconde opération, la céphalalgie diminua considérablement et la santé du malade se rétablit d'une manière presque complète. En 1870, il fit la campagne de France et fut enfermé dans Metz pendant toute la durée du siège de cette ville.

Sous l'influence du chagrin et des fatigues, les douleurs de tête devinrent beaucoup plus vives, mais il gardait encore la pleine possession de ses facultés intellectuelles et l'intégrité à peu près complète de sa santé générale.

Au commencement de 1878, on s'aperçut d'un changemenr notable dans son humeur; de doux et sociable qu'il avait été jusqu'alors, il était devenu extrêmement excitable et acariâtre. En outre, sa mémoire avait subi un affaiblissement manifeste. Chargé, au Val-de-Grâce, de corriger les devoirs des élèves, il éprouvait une grande difficulté à se rappeler l'orthographe des mots et il était souvent obligé de se corriger lui-même.

Au mois de février de cette même année, il fut pris tout à coup, en faisant une leçon, de l'impossibilité d'articuler un seul mot. Le médecin qui l'examina, ayant constaté l'existence de l'exostose frontale, le soumit à un traitement antisyphilitique par l'iodure de potassium à haute dose. Les accidents cérébraux s'accrurent au lieu de diminuer sous l'influence de ce traitement, et le malade dut entrer à l'hôpital, au mois de mars, dans le service de M. Perrin.

Considérant qu'il s'agissait là d'un traumatisme très ancien sur lequel s'était greffée une affection syphilitique, M. Perrin voulut, malgré l'insuccès du traitement antérieur par l'iodure du potassium, essayer de nouveau ce médicament combiné avec l'usage des frictions mercurielles à haute dose. Cette fois encore, les accidents cérébraux, au lieu de diminuer, allèrent en s'aggravant. Le malade ne pouvait plus ni articuler un seul mot, ni écrire, et présentait tous les symptômes du début du ramollissement cérébral.

Dans l'embarras et la perplexité où il se trouvait, et bien que le plateau d'ostéite hypertrophique occupât, à la partie antérieure du front, un siège qui n'était nullement en rapport avec un centre moteur quelconque, M. Perrin, cependant, prit le parti d'attaquer directement l'exostose, et appliqua successivement quatre couronnes de trépan sur le plateau, mettant la dure-mère à nu dans un espace de 8 centimètres carrés. Il constata avec satisfaction que cette membrane ne présentait aucune altération.

L'opération avait duré une heure et s'était achevée sans accident notable. M. Perrin ne crut pas devoir pousser les choses plus loin et attendit, se contentant d'appliquer sur la plaie de l'opération un pansement à l'alcool.

Les suites de l'opération furent simples. Pendant quinze jours environ se manifestèrent des phénomènes d'oppression du cerveau dus sans doute à la pression directe de l'air atmosphérique sur la partie dénudée de la dure-mère. Puis, au bout de ce temps, une amélioration sensible se produisit; au bout d'un mois, toute trace de paralysie avait disparu, les traits du visage avaient repris leur expression naturelle; seul l'embarras de la parole était toujours considérable.

Il semblait à M. Perrin que l'on pouvait compter sur une amélioration progressive; malheureusement, au bout d'un certain temps, les symptômes de paralysie se reproduisirent et le malade tomba dans un état pire qu'auparavant. Le malade se mit alors entre les mains de M. Le Dentu qui le remit de nouveau à l'usage de l'iodure de potassium et des préparations mercurielles.

Chose singulière, le traitement antisyphilitique qui, avant l'opération du trépan, avait complètement échoué entre les mains de M. Perrin, ce même traitement opéra, cette fois, avec

une efficacité merveilleuse et produisit une amélioration très rapide et très régulière qui aboutit à une guérison complète et définitive. M. Perrin a revu le malade auquel il ne reste plus aucune trace de paralysie ni de troubles cérébraux et qui se trouve aujourd'hui aussi sain, aussi vigoureux de corps et d'esprit qu'avant sa maladie. Toutefois la céphalalgie se montre encore par intervalles, et alors il suffit de quelques doses d'iodure de potassium pour la faire disparaître.

M. Perrin pense que la trépanation a exercé une réelle influence sur l'état du malade, sans doute en faisant cesser la compression produite par l'exostose sur le cerveau ; mais les troubles fonctionnels n'ont disparu définitivement que sous l'influence du traitement antisyphilitique, alors que celui-ci n'a plus trouvé devant lui l'obstacle que l'exostose opposait très vraisemblablement à son efficacité.

Sans pouvoir déterminer la part qui revient à la trépanation dans la guérison, M. Perrin pense que cette opération, en supprimant l'exostose, a fait disparaître quelque chose qui empêchait l'action du traitement antisyphilitique et que, ce quelque chose ayant disparu, l'efficacité du traitement a pu alors se révéler d'une manière complète.

M. Desprès ne croit pas que la guérison doive être ici attribuée ni à la trépanation, ni encore moins au traitement antisyphilitique. C'est le temps seul qui a été le vrai guérisseur. M. Desprès a vu de nombreux malades, syphilitiques depuis longues années, guérir avec le temps sous n'importe quel traitement. Les manifestations cérébrales de la syphilis, en particulier, sont celles qui guérissent le mieux par l'action seule du temps. La syphilis est une maladie qui suit une loi d'évolution particulière, et lorsque son évolution se trouve terminée, la guérison s'opère naturellement; c'est au traitement qui a eu la chance d'arriver au moment où se produisait la phase terminale de l'évolution, que l'on attribue toujours à tort le mérite de la guérison. Il en a été ainsi du malade de M. Perrin, et ainsi s'explique pourquoi le même traitement, qui avait échoué entre les mains de M. Perrin, a réussi entre celles de M. Le Dentu.

Lorsque des malades de ce genre se présentent à M. Desprès, il a pour habitude de leur prescrire un traitement insignifiant, quelques révulsifs, par exemple, et ils finissent toujours par guérir.

M. Lucas-Championnière a vu des malades chez lesquels il a pu constater de la façon la plus nette l'heureuse influence du traitement antisyphilitique mercuriel et ioduré. Quoiqu'en dise M, Desprès, aucun syphiliographe ne conteste aujourd'hui la marche fatalement progressive des lésions cérébrales de nature syphilitiques. Dans le cas de M. Perrin, si la trépanation n'a pas eu une influence immédiate et directe, du moins il n'est pas démontré qu'elle n'ait pas joué un rôle favorable.

M. Horteloup ne saurait partager l'opinion de M. Desprès sur l'impuissance de la thérapeutique contre les manifestations de la syphilis. Toutefois, il convient de distinguer, à ce point de vue, les lésions primitives et les lésions secondaires ou, pour mieux dire, consécutives à des lésions syphilitiques. Lorsque, par exemple, il s'est produit un ramollissement cérébral par suite d'une artérite syphilitique méconnue, il est trop tard pour agir ; le tout est d'arriver à temps.

M. Marc Sée fait observer que certains accidents syphilitiques guérissent difficilement, particulièrement les exostoses, sans doute parce que ces hyperplasies contenant peu de vaisseaux ont, par suite, une circulation peu active et de faibles échanges avec le reste de l'économie. La trépanation, dans le cas de M. Perrin, outre ses effets immédiats sur le cerveau, en a eu encore sur les tissus du voisinage, grâce à la raréfaction du tissu osseux et à l'activité plus grande de la circulation qui a aidé le traitement antisyphilitique à résoudre les exsudats pathologiques. L'opération a donc été très utile.

M. Trélat a présent à l'esprit deux faits qui démontrent d'une manière frappante la gravité des accidents cérébraux de la syphilis. Le premier est celui de ce médecin distingué des hôpitaux qui succomba à une syphilis cérébrale contractée par l'index en pratiquant le toucher vaginal sur une femme syphilitique.

M. Trélat a donné des soins à une jeune femme à laquelle son mari avait communiqué la syphilis. Cette femme, devenue enceinte, avait mis au monde un enfant syphilitique. Appelé auprès d'elle, M. Trélat lui fit suivre un traitement antisyphilitique qui la débarrassa des éruptions d'ecthyma, d'impétigo et autres manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis qui avaient complètement transformée cette jeune femme, belle et élégante, en une créature vieille, laide et cacochyme ; il eut le bonheur de voir une vraie fleur de beauté émerger enfin de ce fumier pathologique. Malheureusement le traitement fut interrompu par suite de l'intervention intempestive de la famille, et un jour la jeune femme fut frappée d'une aphasie

subite contre laquelle les frictions mercurielles et l'iodure de potassium devinrent impuissants, car une nouvelle attaque emporta soudain la malade.

M. Desprès dit que l'exostose syphilitique se réduit et se résout avec le temps comme le cal des fractures. La jeune femme de M. Trélat n'est pas morte, suivant lui, d'accidents cérébraux syphilitiques, mais d'une double attaque d'apoplexie vulgaire.

M. Maurice Perrin pense, contrairement à M. Desprès, que le traitement antisyphilitique possède une véritable efficacité contre les manifestations de la syphilis cérébrale. Celles-ci sont bien loin de guérir avec le temps. Chez son malade, en particulier, les symptômes ne cessaient de s'aggraver et n'avaient aucune tendance à la guérison. C'est le traitement antisyphilitique, après la trépanation, qui l'a tiré définitivement de l'état déplorable dans lequel il était tombé, et dont il ne serait certainement pas sorti spontanément.

— M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. le docteur Demler (?), relatif à une observation de cachexie paludéenne compliquée de glycosurie et de gangrène des extrémités, guérie par l'amputation. L'auteur de ce travail se demande si la glycosurie n'a pas été, dans ce cas, l'effet et non la cause de la gangrène, puisque la glycosurie a disparu après l'amputation.

Suivant M. le rapporteur, cette observation démontre que, dans certains cas, l'opération pratiquée dans les états diathésiques, loin d'avoir un résultat défavorable, est, au contraire, suivie d'excellents effets.

— M. le docteur Bazy lit un travail intitulé : *De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme.*

Voici les conclusions de ce travail :

Les tumeurs intra-vésicales chez l'homme, qui jusqu'ici en France, et jusqu'à ces dernières années à l'étranger, avaient paru au-dessus des ressources de la chirurgie, peuvent être utilement traitées et guéries.

L'opération peut s'appliquer aux tumeurs dites malignes comme aux tumeurs dites bénignes, aux tumeurs pédiculées ou sessiles.

Elle est contre-indiquée dans les cas de généralisation, d'adhérence aux organes voisins, de néoplasmes diffus et d'altérations notables des reins.

La base sur laquelle doit reposer l'intervention est un diagnostic aussi exact que possible, fait à l'aide du toucher rectal uni au palper hypogastrique et du cathétérisme explorateur de la vessie.

L'exploration digitale directe n'est permise que quand la gravité des symptômes commandera l'opération, et qu'on sera décidé à intervenir. Cette exploration digitale peut se faire par la voie périnéale (boutonnière) ou par la voie hypogastrique. Cette dernière, qui ne paraît pas plus dangereuse que la périnéale, aurait l'avantage de permettre de faire complètement l'opération, si elle était indiquée.

L'opération peut être curative ou palliative.

La première convient aux tumeurs pédiculées, quelle que soit leur nature, et aux tumeurs bénignes pédiculées ou non.

La deuxième, ou opération palliative, est destinée à combattre certains symptômes qui constituent toute la gravité de l'affection; à savoir : l'hématurie et surtout les douleurs violentes qui accompagnent ou suivent la miction, et enfin les envies fréquentes d'uriner.

Elle consiste, après l'ablation de la tumeur, à laisser une fistule vésicale. Elle est donc l'analogue de l'anus contre-nature dans le cancer du rectum.

La taille hypogastrique doit être préférée à la taille ou à la boutonnière périnéale, qui cependant a pu suffire dans quelques cas.

L'emploi du ballon rectal de Petersen est presque indispensable pour l'opération par la voie hypogastrique.

L'incision médiane n'est pas toujours suffisante; on devra y faire quelquefois une incision en L; l'incision courbe à lambeau supérieur pourrait être utile dans quelques cas.

La tumeur peut être enlevée soit par la ligature, la torsion, si elle est pédiculée, soit par le décollement, le grattage, ou en faisant une perte de substance à la vessie.

Cette perte de substance peut être totale, c'est-à-dire s'étendre à toutes les couches de la vessie, ou partielle, c'est-à-dire n'intéresser que la couche muqueuse et la musculeuse interne.

Les pertes de substance totales paraissent devoir être réservées aux cas où le néoplasme occupe la paroi supérieure ou postérieure et peut-être les parois latérales.

La suture est indispensable pour les pertes de substance totales; elle est facultative pour les pertes de substance partielles.

La crainte de l'infiltration, à la suite d'une plaie opératoire étendue de la vessie, n'est pas aussi réelle qu'on pourrait le supposer.

Toute plaie, réunie ou non, contre-indique l'occlusion de la vessie. L'emploi des deux tubes-syphons adossés de MM. Périer et Guyon paraît réaliser les meilleures conditions pour la sortie de l'urine au fur et à mesure qu'elle tombe dans la vessie. (Comm. MM. Polaillon, Terrier, Monod.)

— M. Verneuil a bien voulu accepter, sur l'invitation de M. le président Guéniot, de représenter la Société de chirurgie à la session de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui doit se tenir à Rouen au mois de septembre prochain.

M. Desprès, à qui M. Guéniot avait proposé d'abord cette mission honorable, a répondu qu'il n'allait jamais aux « foires scientifiques. » — A. T.

FORMULAIRE

Collyre contre les opiacés de la cornée. — Michel.

Sulfate de cadmium. . . . . 0 gr 05 centigr.
Mucilage liquide de gomme. . . . . 10 grammes.

Mêlez exactement.

On renverse la paupière inférieure au moyen de l'indicateur gauche, et à l'aide d'un pinceau de blaireau imbibé de collyre, on touche le centre de la plaie, en prolongeant pendant quelques instants le contact. Cette application est faite d'abord une fois par jour, puis répétée 2 ou 3 fois dans les 24 heures. — Dès que la douleur cesse de se faire sentir, on porte la dose de sulfate de cadmium à 0 gr. 10 et même à 0 gr. 15 centigr. — Quand la taie est récente, l'effet favorable se produit rapidement; lorsqu'elle est ancienne, il faut persister plus longtemps dans l'emploi du collyre. — N. G.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 7 au 13 juin 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,081. — Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 8. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 21. — Diphthérie, croup, 34. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 10. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 205. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 38. — Bronchites aiguës, 30. — Pneumonie, 77. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 68; au sein et mixte, 36; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 97; circulatoire, 66; respiratoire, 58; digestif, 46; génito-urinaire, 33; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 5.

Résumé de la 24e semaine. — La mortalité continue à être relativement faible à Paris. 1,081 décès ont été notifiés cette semaine au service de la statistique. C'est le chiffre le plus faible qu'on ait observé depuis le commencement de l'année.

Presque toutes les maladies épidémiques ont diminué de fréquence. Toutefois la Rougeole fait exception : 31 décès ont été causés par cette maladie au lieu de 20 et de 22 que nous comptions la semaine précédente. Le chiffre actuel n'est pas très inquiétant par lui-même ; ce qui le rend digne d'attention, c'est la fréquence des cas de maladie signalés par les trop rares médecins qui veulent bien envoyer au service de statistique des avertissements sur les cas de maladie épidémique. Le service a reçu cette semaine 113 bulletins de cas de Rougeole, au lieu de 70 ou 80 qui lui parviennent ordinairement. Le IXe, le Xe et surtout le XIe arrondissement paraissent surtout atteints. Déjà dans un de nos derniers bulletins nous avions signalé le XIe arrondissement comme présentant de nombreux cas de Rougeole. Nous signalons aux habitants de cet arrondissement l'observation faite par un des médecins de ce quartier : Plusieurs enfants auraient contracté des maladies épidémiques au square Parmentier, en jouant avec de jeunes convalescents, encore mal guéris de leur maladie. Excepté la Rougeole, les principales maladies sont en décroissance. La Coqueluche, fréquente depuis quelques semaines (notamment à Montmartre) ne fait point de progrès (21 décès et 18, 23, 20 pendant les semaines précédentes). L'Athrepsie suit, comme d'habitude les mouvements du thermomètre ; elle est donc assez fréquente cette semaine (108 décès), quoique moins meurtrière que la semaine dernière (126 décès). La Bronchite des enfants, la Pneumonie continuent à faire peu de victimes.

Enfin plusieurs maladies sont en remarquable décroissance. Nous signalerons surtout la Méningite (44 décès au lieu de 51 et de 72) et la Variole qui n'a fait que 8 victimes cette semaine.

Le service statistique a reçu notification de 440 mariages (dont 3 datent de la semaine précédente), et de 1,189 naissances dont 872 légitimes.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

—

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Les candidats pour les sections de chirurgie et d'accouchements ont déposé leur thèse au secrétariat, mercredi soir 13 juin. Voici l'ordre, par tirage au sort, dans lequel auront lieu les soutenances et les argumentations, à dater de samedi 16 juin.

Samedi 16 juin. — 1. M. Nélaton. argumenté par MM. Campenon et Segond. — 2. M. Bar, argumenté par MM. Poulet et Ribemont.

Lundi 18. — 1. M. Baudry, argumenté par MM. Étienne et Dupau. — 2. Kirmisson, argumenté par MM. Duret et Schwarz.

Mardi 19. — 1. M. Baraban, argumenté par MM. Dubar et Chandelux. — 2. M. Rohmer, argumenté par MM. Sabatier et Lagrange.

Mercredi 20. — 1. M. Maygrier, argumentée par MM. Bar et Poulet. — 2. M. Piéchaud, argumenté par MM. Polasson et Baudry.

Jeudi 21. — 1. M. Campenon, argumenté par MM. Segond et Kirmisson. — 2. M. Étienne, argumenté par MM. Dupau et Baraban.

Vendredi 22. — 1. M. Dubar, argumenté par MM Chandelux et Rohmer. — 2. M. Sabatier, argumenté par MM. Lagrange et Piéchaud.

Lundi 25. — 1. M. Ribemont, argumenté par MM. Maygrier et Bar. — 2. M. Duret, argumenté par MM. Schwarz et Nélaton.

Mardi 26. — 1. M. Polasson, argumenté par MM. Baudry et Étienne. — 2. M. Dupau, argumenté par MM. Baraban et Dubar.

Mercrdi 27. — 1. M. Segond, argumenté par MM. Kirmisson et Duret. — 2. M. Chandelux argumenté par MM. Rohmer et Sabatier.

Jeudi 28. — 1. M. Poulet, argumenté par MM. Ribemont et Maygrier. — 2 M. Schwarz, argumenté par MM. Nélaton et Campenon.

Vendredi 29. — 1. M. Lagrange, argumenté par MM. Piéchaud et Polasson.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Vinay, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, du cours clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Artaud, décédé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très précises). — Séance du vendredi 22 juin 1883.

Ordre du jour. M. Rendu : Communication sur un second cas d'ataxie syphilitique, suivi de guérison. — M. Ed. Labbé : Sur la thoracentèse. — M. Gouguenheim : De l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, surtout dans les affections chroniques du larynx. — Continuation de la discussion sur la réfrigération dans la fièvre typhoïde. — Discussion sur la note de M. Rathery relative à l'isolement des varioleux dans les hôpitaux.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et C rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 19 juin. — Une élection dans la section de pathologie médicale, fort disputée entre deux éminents confrères, et la fin des fins de la discussion sur la fièvre typhoïde, voilà certes une séance bien remplie.

— Les candidats étaient ainsi classés : MM. Siredey, Ball, Cadet de Gassicourt, Bouchard. Le nombre des votants était 83, la majorité 42. Au premier tour, le professeur Ball a été nommé par 44 voix, M. Siredey en a obtenu 34. L'Académie, dit-on, a eu grand'peine à se décider; cependant elle se trouvait dans cette position enviable, de n'avoir à recueillir que des félicitations, quel que fût son choix.

— Les conclusions présentées par M. Rochard sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde avaient été presque toutes votées dans la dernière séance, et quelques-unes seulement renvoyées à la commission sur la demande de M. Le Fort. Aujourd'hui, M. Rochard a lu un rapport supplémentaire, dans lequel la commission adopte la rédaction nouvelle proposée par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Celui-ci avait eu le soin de modifier le texte primitif avec beaucoup de mesure, de manière à l'adapter à ses propres idées sans contrarier celles de la commission. Aussi le rapporteur, tout en faisant des réserves sur le fond, a-t-il pu se rallier à la forme. Il a fait remarquer notamment que la commission ne pouvait, à l'exemple de M. Le Fort, considérer les dépotoirs qui nous entourent comme absolument étrangers aux mauvaises odeurs que nous respirons.

Sur la question du « tout à l'égout », M. Brouardel a soutenu qu'il y aurait pour l'Académie quelque imprudence à prendre nettement parti contre tel ou tel système de vidange, et à traiter sommairement une question fort complexe dont chaque terme est lié à tous les autres et ne peut être abordé isolément dans une phrase incidente.

Bref, ce dernier échange de vues entre MM. Méhu, Rochard, Le Fort, Brouardel et Trélat s'est terminé par un accord parfait, et la dernière main s'est levée sur la dernière conclusion.

Les accoucheurs des hôpitaux. — Nous apprenons avec plaisir la fin du différend qui s'est élevé il y a quelques semaines entre les accoucheurs des hôpitaux et leurs collègues de médecine et de chirurgie.

Le ministre de l'intérieur vient de prendre une décision conforme aux désirs exprimés par les médecins et les chirurgiens. L'état de choses actuel, contre lequel réclamaient les accoucheurs, est maintenu, c'est-à-dire que la composition des jurys du Bureau central, en médecine et en chirurgie, n'est pas modifiée ; les accoucheurs n'y seront pas plus admis qu'auparavant. Et cela, faut-il le répéter? non pour établir leur infériorité comme grade, mais à cause de leur incompétence inévitable sur les questions de médecine et de chirurgie.

Quant aux jurys qui nommeront les accoucheurs, deux places y resteront acquises aux chirurgiens.

Enfin, les accoucheurs pourront siéger dans les jurys de l'externat, de l'internat et des prix de l'internat, c'est-à-dire dans les concours dont les candidats ne sont pas encore docteurs, et où peuvent se présenter des questions obstétricales. Cette clause nouvelle, qui donne partiellement satisfaction aux accoucheurs, avait été admise en principe dans la réunion des médecins et des chirurgiens.

Cette solution nous paraît excellente, car elle ne peut, selon nous, froisser aucun amour-propre, et elle met toutes choses en leur place. D'autre part, elle est de nature à conjurer certaines difficultés plus graves que l'avenir nous tenait en réserve. Puisse la question s'éteindre et la paix durer longtemps ! L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

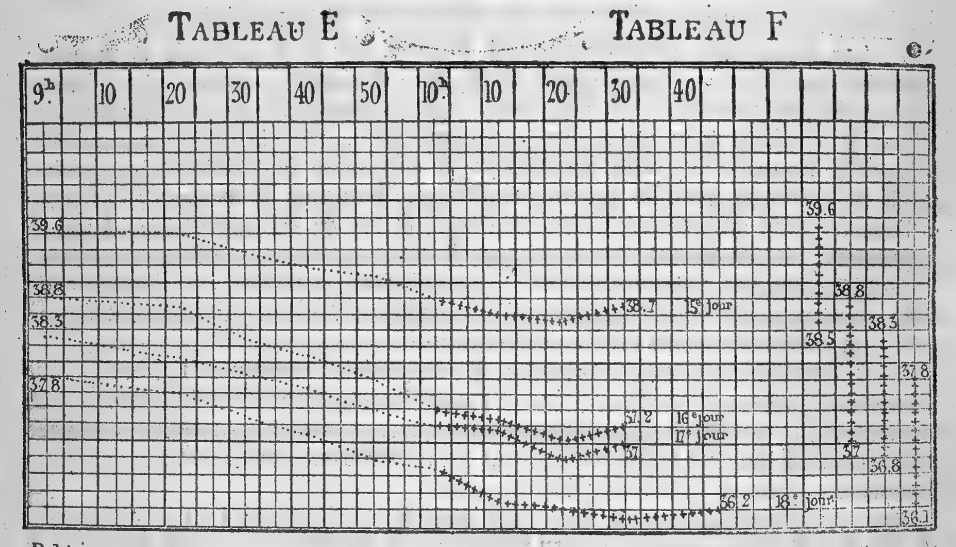
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉFRIGÉRATION DU CORPS HUMAIN DANS LES MALADIES HYPERTHERMIQUES ET EN PARTICULIER DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 9 mars 1883,

par M. DUMONTPALLIER.

Suite. — (Voir le numéro du 19 juin.)

5° Un tableau E, qui indique de dix minutes en dix minutes l'action de l'appareil réfrigérateur, pendant une période d'une heure et demie à deux heures le matin, quatre jours consécutifs.



Robinets ouverts...

Robinets fermés++

Action de l'appareil temps nécessaire (20 minutes) pour vaincre la régulation thermique

descente régulière et progressive pendant l'action de l'appareil

continuée pendant 30 et 40 minutes lorsque les robinets sont fermés

Régulation thermique abaissée de jour en jour de 39 6 à 37.8

Ces tableaux démontrent l'action puissante et régulière de l'appareil réfrigérateur, et les modifications qu'il détermine dans la courbe thermique de la maladie.

6° De plus, dans le tableau F, annexé au tableau E, on constate que l'appareil a abaissé de jour en jour la régulation thermique pathologique.

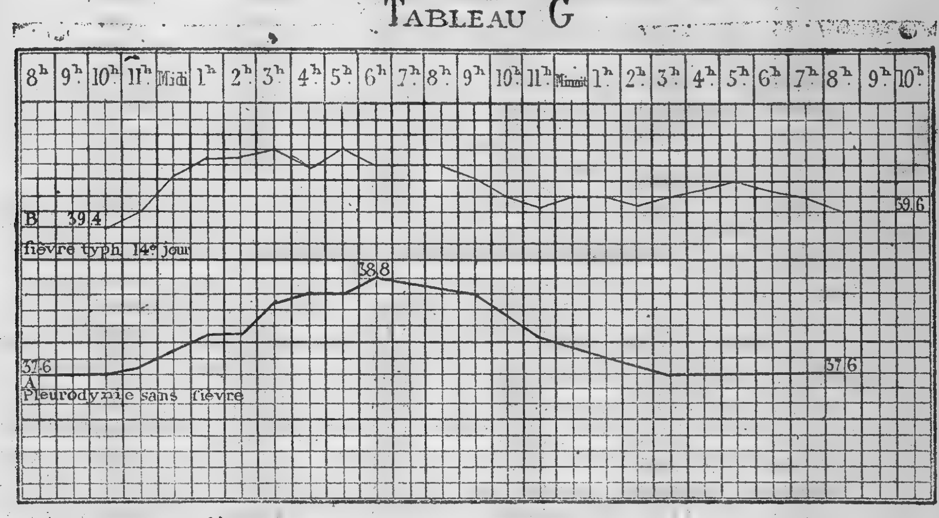
Ce sont là des faits d'expérimentation qui me paraissent avoir plus de valeur que de longues dissertations.

De plus, dans le cours de mes nombreuses expériences — (dont les résultats graphiques sont consignés dans plus de cent cinquante tableaux) — j'ai pris et j'ai fait prendre par les élèves qui me prêtaient leur concours la température rectale, jour et nuit, d'heure en heure, sur plusieurs sujets, les uns affectés de maladies diverses, les autres convalescents, les autres enfin dont le séjour à l'hôpital n'était motivé que par la fatigue ou le manque de ressources pour vivre. L'ensemble de ces recherches, dans des conditions si variées, m'a permis de remarquer que, d'une façon générale, chez l'homme en état de maladie, de convalescence ou de santé, les

courbes thermiques des vingt-quatre heures sont sensiblement parallèles, c'est-à-dire que, dans l'état de santé ou de maladie, les courbes thermiques offrent leurs maxima et leurs minima aux mêmes heures.

Voici un tableau G qui démontre le parallélisme de ces lignes thermiques, et il résulte de cette étude que, de huit heures du matin à huit heures du soir, la ligne thermique est régulièrement ascendante dans l'état de santé ou de maladie ; que, de huit heures du soir à minuit, elle est descendante et tombe un peu au-dessous de l'abscisse du matin, tandis que, de minuit à huit heures du matin, elle est légèrement oblique ascendante, pour regagner la ligne de l'abscisse de la température matinale de la veille.

TABLEAU G



A Pleurodynie sans fièvre.
B Fièvre typhoïde
La Ligne forte peut être considérée comme étant la courbe physiologique de la température rectale pendant 24 heures
La Ligne fine représente la courbe de la fièvre typhoïde pendant 24 heures
On voit que ces deux lignes sont sensiblement parallèles.

De cette observation découle l'enseignement pratique qu'il suffit d'agir avec l'appareil réfrigérateur, de huit heures du matin à huit heures du soir, pour soustraire le malade aux conséquences fâcheuses de l'hyperthermie, puisque l'hyperthermie est surtout diurne.

Tous ces faits d'expérimentation ayant été constatés un grand nombre de fois dans les observations de fièvres typhoïdes, il était indiqué de rechercher si les déchets organiques et terreux rejetés par les urines étaient en rapport avec le degré de température morbide, et si leur diminution était proportionnelle à l'abaissement expérimental de la température. J'entrepris donc ces nouvelles recherches avec le concours de l'élève interne en pharmacie de mon service, M. Maurice Robin ; et l'analyse des urines des vingt-quatre heures fut faite cinq, huit et douze jours sur plusieurs malades soumis à l'action de l'appareil réfrigérateur, pendant la période d'état de la fièvre typhoïde.

Ci-joints se trouvent trois tableaux où sont indiqués les jours de la maladie, les moyennes quotidiennes de la température rectale, les quantités d'urée, d'acide phosphorique, d'albumine contenues dans les urines rendues dans les vingt-quatre heures.

Ces analyses quantitatives et qualitatives montrent une diminution dans les déchets, diminution proportionnelle à l'abaissement de la température. Voir les tableaux ci-joints : H, I et J.

Tableau H. Obs. I. — *Malade Beauchamp, fièvre typhoïde.*

Température rectale.	Urée.	Acide phosphorique.	Albumine.	Densité.	Quantité.
39,4	30,60	5,40	0,62	1020	1250
39,2	27,50	4,50	0,50	1019	1800
38,9	22,50	4	0,31	1015	1500
38,7	21	4	0,33	1012	1100
38,1	15	3,40	0,27	1010	2000

Tableau I. Obs. II. — *Malade Frédet, fièvre typhoïde.*

Température rectale.	Urée.	Acide phosphorique.	Albumine.	Densité.	Quantité.
40,05	26,37	4,87	0,45	1029	950
39,50	24,09	3,50	1,35	1030	750
38,90	25,37	3,90	0,45	1030	1000
38,60	18,90	2,25	1,38	1021	850
38,50	17,65	1,50	0,90	1019	750
38,10	18	1,80	0,50	1012	2000
38,20	16,65	1,56	0,52		1550
37,60	14,09	1,50	0,60		1300

Tableau J. Obs. III. — *Malade Fraisse, fièvre typhoïde.*

Température rectale.	Urée.	Acide phosphorique.	Albumine.	Densité.	Quantité.
38,82	24,40	2,16	0,54	1012	1200
38,60	22,40	1,44	0,29	1013	1200
38,87	18,40	1,05	0,57	1014	1150
38,60	24,70	2,05	0,88	1012	800
39,85	29,50	3,44	0,52	1011	1200
38,50	19,85	1,72	0,28	1010	1900
39,20	21,80	2,46	0,60	1011	1350
37,90	12,90	1,35	0,92	1010	2050

Ces résultats établis par le thermomètre et l'analyse chimique n'ont pas besoin de commentaires. Il suffit d'en affirmer l'exactitude pour que chacun puisse en tirer les conséquences.

La présente note est une étude expérimentale thérapeutique de la réfrigération dans les maladies hyperthermiques et en particulier dans la fièvre typhoïde. Elle m'autorise à conclure :

1° Que la méthode réfrigérante dans la fièvre typhoïde ne peut être jugée que par des recherches expérimentales et scientifiques.

2° Que cette méthode, sagement conduite, non exclusive de tout autre traitement, peut offrir de grands avantages dans la thérapeutique. Certes elle ne saurait prétendre à la guérison de tous les malades affectés de fièvre typhoïde; mais j'ai la ferme conviction qu'en modifiant l'hyperthermie et ses conséquences elle peut diminuer la mortalité dans une notable proportion.

Comme complément à ces conclusions, qu'il me soit permis d'ajouter que l'expérimentation sur l'homme et sur les animaux établit que le *refroidissement lent* et *progressif* ne détermine pas de congestions viscérales.

L'expérimentation sur l'homme démontre encore, contrairement à l'opinion générale, que les congestions pulmonaires et rénales sont favorablement modifiées par le *refroidissement méthodique.*

Il me resterait à donner une interprétation théorique de l'action du froid sur la cause spécifique de la fièvre typhoïde. Je ne suis pas autorisé à dire que le froid a la propriété de détruire la cause spécifique de cette maladie épidémique et contagieuse, je m'en tiendrai à faire remarquer que le refroidissement du liquide sanguin *abaisse de jour en jour la régulation thermique typhoïde*, et cela probablement en modifiant l'état des centres nerveux thermogènes. De plus, si l'on accepte la théorie mi-

crobienne de la fièvre typhoïde, et si l'on se rappelle les célèbres expériences qui ont déterminé les conditions de température nécessaires au développement du charbon bactéridien dans certaines espèces animales, serait-il téméraire de supposer que le refroidissement méthodique du corps humain est une condition défavorable à l'évolution de la cause spécifique, vivante, de la fièvre typhoïde

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ

LEÇONS SUR LE STRABISME

Faites à l'Hôtel-Dieu par le professeur PANAS,

recueillies par F. DE LAPERSONNE, interne du service (1).

Avancement du tendon. — L'opération du recul du tendon, malgré son efficacité, est entachée d'imperfection réelle; de plus, elle est inefficace pour des strabismes anciens, chez des sujets ayant dépassé l'adolescence.

L'imperfection consiste, comme vous le savez, dans l'insuffisance musculaire qui résulte fatalement de la strabotomie. Pour l'éviter, on a conseillé de partager l'affaiblissement musculaire entre les deux yeux, en faisant deux ténotomies partielles; ce n'était qu'une façon imparfaite de tourner la difficulté. Il est évident que si, au lieu d'affaiblir le muscle raccourci, on arrivait à diminuer la longueur et, par conséquent, à augmenter la force du muscle allongé, on aurait un résultat beaucoup plus favorable. C'est de là qu'est née l'idée de l'avancement du tendon.

N'étaient les difficultés d'exécution de cette opération, comparée à la simplicité du recul, on devrait toujours lui donner la préférence. Aujourd'hui on réserve cette opération, toujours difficile, pour les cas rebelles chez les individus d'un certain âge, chaque fois qu'il est nécessaire de combiner les deux efforts correcteurs pour arriver à un résultat définitif. C'est ainsi que, dans ces conditions, nous combinons l'avancement du tendon avec le recul de son antagoniste.

Comme preuve de l'efficacité de cette méthode, je vous rappellerai l'observation de la malade qui nous avait été envoyée par notre collègue, M. Farabœuf, et que vous m'avez vu opérer tout récemment.

OBS. I (2). *Double strabisme convergent, plus prononcé à gauche.* — Séraphine L..., 37 ans, 14 février 1883. Convulsions à l'âge de 5 ans, strabisme convergent depuis cette époque, l'acuité visuelle de l'O. G. est mauvaise. Elle demande instamment la correction de sa difformité tres prononcée.

Examen. Pas de lésions des membranes et du fond de l'œil. Réfraction O. D. = 1,5 D. H.; O. G. = 1,5 D. H. — Pas d'astigmatisme. V. O. D. = 1; V.O.G. = 1/5. Champ du regard O. D. + 60° — 35°; O. G. + 65° — 35°.

19 février. Chloroformisation. Avancement du droit externe gauche, recul du droit interne. Après l'opération, la correction est complète.

23 février. On enlève les sutures. Bandeau flottant; le strabisme est corrigé presque en totalité : le droit externe conserve une certaine faiblesse : le malade ne tourne pas facilement cet œil en dehors, lorsqu'il est arrivé à un certain point, l'œil se dévie en haut. L'œil est resté un peu rouge pendant quelques jours, il est un peu plus saillant, la fente palpébrale paraît plus grande que de l'autre côté.

La malade sort le 28 février.

Dans ces deux opérations, il n'y a presque jamais d'accidents. Cependant il est sage de prévoir les revers. Si les accidents graves ont presque complètement disparu depuis qu'on a remplacé la myotomie par la ténotomie, on a signalé encore encore quelques cas de phlegmons de l'orbite après la strabotomie ou l'avancement du tendon.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 17 mai.

(2) Les diverses observations que nous allons reproduire ont été prises avec le plus grand soin par notre sympathique chef de clinique adjoint, M. le docteur Bacchi.

Jusqu'ici je n'ai jamais observé de pareilles complications. Je n'ai pas besoin de vous faire comprendre toute leur gravité : elles peuvent être considérées comme une véritable catastrophe chirurgicale, surtout si on considère la bénignité habituelle de cette opération.

Aussi devons-nous opérer avec le plus grand soin et la plus grande propreté ; nous devons pendant, comme après l'opération, employer tous les moyens antiseptiques rigoureusement. Je reconnais que ces précautions peuvent paraître exagérées, mais en pareille matière, on ne saurait trop faire, surtout si on considère le milieu dans lequel nous opérons.

En terminant ces leçons, je tiens à vous montrer un certain nombre des malades qui se sont présentés à notre consultation, et qui peuvent être considérés comme des types de chaque variété de strabisme. Les observations ont été classées d'après l'ordre que nous avons suivi dans les leçons.

A. *Strabisme latent.*

Obs. I. — Clarisse G., 18 ans; consultation du 25 janvier 1883. Jamais d'ophthalmie, pas de maladies antérieures. Depuis deux ans environ, elle s'est aperçue que la vue se troublait lorsqu'elle voulait travailler ou lire pendant un certain temps; les objets se brouillent; sensations de tiraillement dans les yeux.

Pas de lésions à l'ophthalmoscope. Hyperm. O. D. 3. D. ; O. G. 2,50 D. — Pas d'astigmatisme. — Champ du regard O. D. + 60° — 55°, O. G. + 70° — 45°. — Acuité visuelle O. D. 0,30/0,50; O. G. 0,35/0,50.

Obs. II. — Joséphine F., 14 ans; consultation 8 février 1883. Il y a deux ans, après fièvre typhoïde, a commencé à avoir la vue troublée, surtout lorsqu'elle travaille assez longtemps.

Pas de lésions du fond de l'œil. Hyperm. O. D., O. G. = 1 D. Astigmatisme 10° ± 4,5 D.; 10° ± 5 D. — Acuité visuelle O. D. 0,25/1,75; O. G. 0,25/1,75. — Champ du regard O. D. + 55° — 55°; O. G. + 60° — 50°.

B. *Strabisme convergent alternant.*

Obs. III. — Paul B., 10 ans; 27 janvier 1883. — Pas de maladies antérieures, pas d'ophthalmies. Lorsqu'il lit, sa vue se fatigue et, au bout de peu de temps, il ne distingue plus les lettres.

Léger strabisme convergent. Pas de lésions à l'ophthalmoscope. — Hyperm. = 1 D. — Astigmatisme 0° ± 5 D; 0° ± 5 D. — Acuité visuelle 1/4. — Champ du regard O. D. + 55° — 55°; O. G. + 60° — 60°.

Obs. IV. — Léon L., 7 ans; 13 janvier 1883. Jamais d'ophthalmie, convulsions à deux ans; depuis cette époque, il louche. Le strabisme ne paraît pas avoir augmenté. Lorsqu'il a travaillé une heure environ, sa vue se fatigue, et les objets ne sont plus distincts. A ce moment, le strabisme est plus prononcé, surtout à gauche.

Pas de lésion du fond de l'œil. — Hyperm. 4 D. — Astigmatisme 0° ± 3 D.; 10 ° ± 1 D. — Acuité visuelle 1/4 — Champ du regard O. D. + 70° — 60°; O. G. + 70° — 70°.

Obs. V. — Louis B., 13 ans; 12 janvier 1883. Jamais d'ophthalmie. Depuis l'âge de 13 mois a commencé à loucher. A partir de deux ans, le strabisme est resté stationnaire.

Pas de lésions ophthalmoscopiques. — H. = 1,5 D. Pas d'astigmatisme — V. O. D. = 0,30/0,50; V. O. G. = 0,25/0,60. — Champ du regard O. D. + 60° — 60°; O. G. + 60° — 47°. — Champ visuel et champ des couleurs normaux.

C. *Strabisme convergent accommodatif.*

Obs. VI. — Louis D., 16 ans; 6 mars 1883; Saint-Julien n° 26. A 2 ans 1/2, convulsions. A partir de ce moment, strabisme interne de l'O. G. Le strabisme ne paraît pas avoir augmenté.

Etat actuel. Œil gauche en strabisme interne et un peu supérieur. — Pas de lésions du fond de l'œil. — Hyperm. O. D. = 1,5 D. ; O. G. = 3 D. — Astigmatisme 0° ± 2 D. — V. O. D. = 1; V. O. G. = 1/4. — Champ du regard O. D. + 65° — 50°; O. G. + 60° — 52°. — Champ des couleurs et champ visuel normaux.

Obs. VII. — Elise M., 7 ans; 18 novembre 1883. A deux ans, strabisme interne plus prononcé à droite; œil droit paraît plus petit.

Pas de lésions du fond de l'œil. — Hyperm. O. D. = 4 D.; O. G. = 3 D. — Astigmatisme

180° ± 1,50; 160° ± 2 D. — V. O. D. = 0,20/0,50; V. O. G. = 0,15/0,50. — Champ du regard O. D. + 65° — 65°; O. G. + 65° — 60° — Champ visuel normal.

Obs. VIII. — B., 28 ans: 13 janvier 1883. A l'âge de 3 ans, convulsions. Depuis cette époque, strabisme qui a augmenté à l'âge de 7 ans. Depuis lors, grande fatigue pour lire ou écrire, et pour travailler à son état d'horloger.

Pas de lésions des milieux. — Hyperm. O. D. = 5 D.; O. G. = 4 D. — Pas d'astigmatisme. — V. O. D. = 3/4; V. O. G. = 1/5. — Champ du regard : O. D. + 70° — 65°; O. G. + 65° — 65°.

Obs. IX. — Emile D., 13 ans; 8 février 1883. Aucun antécédent. On ne peut pas préciser à quelle époque il a commencé à loucher. Depuis un mois environ, le malade se plaint de ses yeux, surtout lorsqu'il travaille le soir, à la lumière; ses yeux deviennent rouges et larmoyants. — Strabisme convergent double, plus prononcé à gauche.

Pas de lésions des milieux. — Hyperm. O. D. = 3,5 D.; O. G. = 3, 5 D. — Pas d'astigmatisme. V. O. D. = 0,40/0,50; V. O. G. = 0,40/0,50. — Champ du regard, O. D. + 55°-45°; O. G. + 55° — 50°. — Champ visuel normal.

Obs. X. — Henriette D., 11 ans; 18 novembre 1883. Convulsions dans l'enfance. Début à 2 ans et demi. Strabisme interne de l'œil droit.

Pas de lésions à l'ophthalmoscope. — Hyperm. O. D. = 5 D.; O. G. = 3 D. — Astigmatisme 160° ± 2,50 D.; 0° ± 3. — V. O. D. = 0,20/1,25; V. O. G. = 0,20/0,50. — Champ du regard O. D. + 65° — 55°; O. G. + 70° — 65°.

D. *Strabisme convergent musculaire.*

Obs. XI. — Charles Loiseau, 11 ans; 18 novembre 1882. Strabisme interne de l'œil droit, qui paraît avoir un peu diminué depuis quelques années.

Pas de lésions du fond de l'œil. — *Emmétrope.* — Pas d'astigmatisme. — O. D. V. = 0,10/4; O. G. V. = 0,30/0,50. — Champ du regard O. D. + 45° — 40°; O. G. + 60° — 45°.

11 décembre. Ténotomie du droit interne de l'œil droit.

13 janvier. Champ du regard O. D. + 50° — 35°; O. G. + 60° — 50°.

E. *Strabisme convergent mixte.*

Obs. XII. — P., 18 ans; 15 décembre 1882. Strabisme depuis sa naissance (?). Déviation plus prononcée à gauche.

Pas de lésions ophthalmoscopiques. — Hyperm. O. D. = + 2 D.; O. G. = + 0,5 D. — Pas d'astigmatisme. O. D. V. = 0,20/1; O. G. V. = 0,30/1. — Champ du regard O. D. + 65° — 55°; O. G. + 70° — 45°.

Obs. XIII. — Berthe L., 17 ans; 19 janvier 1883. La malade aurait commencé à loucher à 18 mois, à la suite de convulsions. A 8 ans, kératite phlycténulaire double, pas de taies de la cornée. Strabisme convergent, surtout prononcé à droite.

Rien au fond de l'œil. — Hyperm. O. D. = + 4,5 D.; O. G. = + 4 D. — Astigmatisme 0° ± 4; 0° ± 4. — O. D. V. = 0,20/0,60; O. G. V. = 0,25/0,80. — Champ du regard O. D. + 70° — 50°; O. G. + 60° — 50°.

Obs. XIV. — M., 9 ans; janvier 1883. Ophthalmie purulente des nouveau-nés. Strabisme depuis son enfance; la déviation est plus prononcée depuis que l'enfant apprend à lire.

Strabisme convergent, surtout à gauche. Nystagmus; les oscillations sont plus prononcées à gauche, lorsqu'on bouche l'œil droit.

Pas de lésions du fond de l'œil. — Hyperm. O. D. = + 1 D.; O. G. = + 3 D. — Pas d'astigmatisme. — O. D. V. = 0,20/2; O. G. V. = 0,20/2. — Champ du regard O. D. + 60° — 70°; O. G. + 60° — 65°.

Obs. XV. — Gabrielle B., 5 ans. Début à l'âge de 2 ans. Pas d'ophthalmie; frère strabique. Strabisme convergent plus prononcé à droite.

Pas de lésions profondes. — Hyperm. O. D. = + 1 D.; O. G. = + 1 D. — Astigmatisme 180° ± 1; 15° ± 3. O. D. V. = 0,20/1; O. G. V. = 0,20/1. — Champ du regard O. D. + 70° — 45°; O. G. + 70° — 45°.

Obs. XVI. — Modeste M., 29 ans; 27 janvier 1883. Pas d'ophthalmie antérieure. Strabisme depuis son enfance. Déviation plus prononcée à droite.

Rien au fond de l'œil. — Hyperm. O. D. = + 6 D.; O. G. = + 5 D. — Pas d'astigmatisme. O. D. V. = 0,30/0,60; O. D. V. = 0,30/0,60. — Champ du regard O. D, + 70° — 50°; O. G. + 55° — 60°.

Obs. XVII. — Gaston N., 6 ans; 10 février 1883. Pas d'ophthalmie. Convulsions il y a deux ans; il louche depuis lors; il penche la tête toujours du côté droit. Strabisme convergent, plus prononcé à gauche; le côté droit de la face est plus développé.

Rien au fond de l'œil. — Hyperm. O. D. = + 2,5 D; O. G. = + 3 D. — Astigmatisme O. D. = 0° ± 4; O. G. = ± 1 D. — O. D. V. = 0,20/1,25; O. G. V. = 0,20/4. — Champ du regard O. D. + 60° — 55°; O. G. + 70° — 50°.

F. *Strabisme divergent.*

Obs. XVIII. — D., 27 ans; 25 janvier 1883. Pas d'ophthalmie dans l'enfance. A l'âge de 9 ans, elle a commencé à loucher de l'œil gauche. Depuis quelque temps, le strabisme augmente. Névralgies frontales et périorbitaires gauches. O. G. scléro-choroïdite postérieure avec choroïdite polaire myopique. — O. D. normal. — Réfraction O. G. = — 16 D.; O. D. emmétrope. — O. D. V. = 0,45/0,50; O. G. V. = 0,10/2,25.

Obs. XIX. — Anna P., 14 ans; 21 décembre 1882. Depuis l'âge de 6 mois, strabisme externe de l'œil gauche. Kératites phlycténulaires, néphélions. Depuis 4 mois, ne peut plus lire sans fatigue. O. D. Staphylome postérieur supéro-interne. — Rien O. G. — Myopie O. D. = — 2,5 D.; O. G. = 2,5 D. — Astigmatisme 0° ± 4,5 des deux côtés. — Avec verres correcteurs, O. D. V. = 4/9; O. G. V. = 1,50/18. = Champ du regard O. D. — 70° + 75°; O. G. — 70° + 60°.

Obs. XX. — Pierre P., 37 ans, 5 décembre 1883. A 10 ans, ophthalmie double (?). Depuis, strabisme divergent de l'œil gauche. — Papilles un peu blanches. — Myopie O. D. = — 4 D.; O. G. = — 7 D. — Astigmatisme O. D. = 90° ± 1,50; O. G. = 90° ± 2. Champ du regard O. D. — 65° + 70°; O. G. — 70° + 55°.

Obs. XXI. — A., 20 ans; 15 janvier 1883. Léger strabisme divergent de l'œil droit, passé inaperçu, vient pour une conjonctivite.

Pas de lésions du fond de l'œil. — O. G = 0,5 D. myope; O. D. emmétrope. — Astigmatisme 180° ± 5; 165° ± 0,5 — O. D. V. normale; O. G. V. = 0,10/6. Champ du regard O. D. — 75° + 55°; O. G. — 55° + 55°.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juin 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. Mathias Duval présente, au nom de M. Carlet, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble, un travail manuscrit sur le procédé opératoire de la sangsue.

M. Laboulbène présente : 1° de la part M. le docteur Mordret (du Mans), un volume intitulé : *De la folie à double forme, circulaire, alterne.* — 2° De la part de M. Georges Bellangé, interne des hôpitaux, un appareil spirométrique.

M. Larrey présente, au nom de M. Ed. Lambert, un *Traité pratique de botanique.*

M. Gariel présente, en son nom et au nom de M. Desplats, les premiers fascicules du premier volume de la 2e édition de leur *Traité de physique médicale.*

M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Walter Douglas Hogg, une étude sur la médecine publique en Angleterre.

M. Villemin présente, au nom de M. le docteur Frilet, médecin-major, un travail manuscrit sur les vaccinations pratiquées à Biskra.

M. Jules Rochard présente, au nom de M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux), une série de quatre brochures intitulées : *Instruction populaire sur les causes et l'hygiène préventive du lymphatisme et de la scrofule chez les enfants.*

—

M. Bazile Féris lit une note sur son « Respirateur élastique », et présente l'appareil à l'Académie. Cet appareil a pour but de combattre la dyspnée chez les emphysémateux. Partant de ce principe que l'oppression dans cette maladie est due à ce que sur certains points du poumon l'expiration complète est impossible par suite de la perte de l'élasticité des alvéoles, l'auteur a eu l'idée ingénieuse de remplacer par une élasticité artificielle l'élasticité organique perdue.

Son appareil ressemble presque complètement à un bandage herniaire double, et du reste, dit M. Féris, à l'hôpital il n'est pas nécessaire d'un instrument spécial, un simple bandage inguinale à une ou deux pelotes peut suffire. On fixe ces pelotes, un peu élargies et rembourrées, au sommet du thorax en avant. Et alors on voit ces parties qui étaient saillantes, en état de distension maximum, presque immobiles à chaque mouvement respiratoire et par conséquent inutiles à l'hématose, présenter un jeu de soufflet manifeste, l'expiration jadis impossible se faisant artificiellement par la pression élastique du ressort. Le professeur de Brest a employé son appareil avec succès chez onze emphysémateux.

En somme, le respirateur élastique de M. Bazile Féris est un appareil simple, facile à installer et qui produit dans tous les cas un soulagement immédiat et permanent de la dyspnée de l'emphysème.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Siredey; — en deuxième ligne, M. Ball ; — en troisième ligne, M. Cadet de Gassicourt ; — en quatrième ligne, M. Bouchard.

Le nombre des votants étant de 83, majorité 42, M. Ball obtient 44 suffrages, M. Siredey 34, M. Cadet de Gassicourt 4, M. Bouchard 1.

En conséquence, M. Ball ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

L'ordre du jour appelle le suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Méhu propose le rejet de l'article 3 des conclusions de la commission ; il estime que chaque commune doit rendre ses déchets inoffensifs avant de les exposer sur le territoire des communes voisines.

M. Rochard fait un rapport supplémentaire au sujet des amendements présentés par M. Léon Le Fort dans la dernière séance et qui avaient été renvoyés à la commission. Tout en faisant des réserves, comme les modifications proposées par M. Le Fort ne s'éloignent pas assez sensiblement du texte de la commission pour qu'elle ne puisse les accepter, elle propose de substituer la rédaction suivante à celle qu'elle avait primitivement soumise à l'Académie.

A l'occasion des considérations étiologiques :

« 4° La présence autour de Paris de certains dépotoirs ou dépôts de voirie trop rapprochés de la ville, et dans lesquels toutes les précautions indiquées par la science et prescrites par les règlements ne sont pas prises. »

Plus loin, au sujet des propositions à soumettre au ministre, au lieu de demander l'éloignement des dépotoirs, la commission propose d'exprimer le vœu suivant :

« 3° Faire observer les règlements concernant l'éloignement des dépotoirs et des dépôts de voirie, et veiller à la stricte exécution des mesures prescrites pour que leurs émanations ne puissent nuire. »

Enfin M. Léon Le Fort propose d'ajouter à la quatrième conclusion la phrase suivante :

« Repousser le projet de verser à l'égout les matières liquides et solides; cette mesure, dans l'état actuel des choses, à Paris, sans une canalisation parfaitement étanche, sans une déclivité suffisante des pentes et sans une irrigation abondante de tout le réseau d'égouts, ne pouvant qu'être des plus dangereuses pour la santé publique. »

La commission, dit M. le rapporteur, ne pense pas que l'Académie puisse trancher ainsi par un simple vote une question aussi controversée, aussi brûlante que celle-là, et qui l'exposerait au reproche d'intervenir sans y être invitée ; une question dont le gouvernement se préoccupe et qu'il a prise en main.

Voilà quatorze ans que cette question est à l'étude. A la fin de 1879, le Conseil municipal s'en empara sur la proposition du directeur des travaux de Paris et du préfet de la Seine, et après une étude approfondie au sein de la sixième commission, après une discussion qui dura plusieurs séances, il se prononça, par une délibération du 23 juin 1880, pour l'écoulement des matières fécales à l'égout et l'épuration des eaux d'égout par leur répandage sur le sol.

Quelques mois après, le 28 septembre 1880, le ministre de l'agriculture et du commerce a nommé une commission pour s'occuper du même sujet, et cette commission s'est prononcée contre l'adoption de ce système.

La lutte entre les partisans et les adversaires du tout à l'égout s'est propagée aux Sociétés savantes, à la Société de médecine publique, au Congrès de Genève, etc.

Enfin, pour trancher la question, le préfet de la Seine, par un arrêté du 25 octobre 1882,

a nommé une commission dont il a pris la présidence et qui se compose de 37 membres, parmi lesquels figurent six membres de l'Académie de médecine : MM. Bouley, Fauvel, Brouardel, Proust et Léon Colin. Cette grande commission travaille depuis sept mois; elle s'est pourvue de tous les moyens d'enquête qu'elle peut désirer; les ingénieurs de la ville, les documents originaux, les pièces officielles sont à sa disposition. Elle a les fonds nécessaires pour se livrer à ses recherches et pour les étendre à toutes les localités où elle croit pouvoir se renseigner utilement. Cette commission poursuit son œuvre et M. le rapporteur pense que l'Académie doit attendre les résultats de cette grande enquête pour évoquer la question si elle le juge convenable.

La trancher par un vote, sans discussion, sans examen préalable, serait encourir le reproche de légèreté.

Commencer une enquête à côté de la commission officielle, sans disposer de ses ressources, de ses documents, des lumières des gens du métier, serait faire une œuvre au moins inutile et mériter le reproche de vouloir contrôler l'action des pouvoirs publics, de s'immiscer dans des questions qui ne sont pas du ressort de l'Académie.

En conséquence, la commission propose de remettre à d'autres temps la question des vidanges à l'égout et de voter la conclusion un peu incolore, mais nullement compromettante, qu'elle a déjà soumise à l'Académie.

M. Léon Le Fort dit qu'il aurait mauvaise grâce à combattre les conclusions de la commission qui a bien voulu adopter les amendements qu'il a proposés. Il se bornera donc, en ce qui concerne la question du système de « tout à l'égout », à demander que l'Académie ne garde pas complètement le silence sur un sujet si important. L'Académie, qui traite la question à un point de vue purement médical, ne saurait être blâmable de poser en principe que, dans l'état actuel de l'organisation de notre système d'égouts qui manque d'une déclivité, d'une perméabilité et d'une irrigation suffisantes, l'écoulement des matières fécales sur la voie publique avec un pareil système, peut contribuer à l'éclosion et à la propagation des miasmes de la fièvre typhoïde.

M. Brouardel tout en partageant à beaucoup d'égards les opinions que vient d'exprimer M. Le Fort, ne pense pas qu'il soit opportun pour l'Académie d'adopter la proposition de son collègue. Il ne serait pas bon que sans avoir pris connaissance des résultats de l'enquête qui se poursuit actuellement, elle intervînt brusquement, au risque d'être accusée d'irréflexion.

Les ingénieurs dont se compose la Commission nommée par le ministre de l'agriculture et du commerce ont proposé des améliorations importantes au système des égouts, au mode d'écoulement des matières, à leur transformation ou à leur utilisation.

Toutes les parties d'un système se tiennent et il ne serait pas logique que l'Académie touchât à une de ses parties au risque d'en troubler l'économie tout entière. M. Brouardel est donc d'avis de laisser en suspens une question qui demande à être soumise à une discussion particulière et approfondie; il déclare se rallier complètement à la proposition de M. Rochard de passer sous silence la question des égoûts.

M. Trélat partage entièrement l'opinion de M. Brouardel ; comme lui il est d'avis que dans un problème dont toutes les parties sont liées entre elles, l'Académie n'intervienne pas au risque de présenter des solutions partielles qui ne cadreraient pas avec l'ensemble. Les défectuosités du système actuel de nos égouts ne sont pas aussi grandes que veut bien le dire M. Le Fort. Leur pente n'est pas inférieure à celle de beaucoup de grandes villes étrangères ; ils sont de bonne forme, construits avec d'excellents matériaux. La seule chose qui laisse à désirer c'est la quantité d'eau destinée à l'irrigation et à l'entraînement des matières dans les canaux de ces égouts. M. Le Fort a dit que l'insuffisance de l'eau tenait à la cherté de ce liquide. Suivant M. Trélat, ce n'est point parce que l'eau coûte cher par elle-même que les propriétaires des maisons en sont avares, c'est parce qu'elle coûte épouvantablement cher à enlever. L'eau qui aura monté par des tuyaux et redescendu par d'autres, où va-t-elle tomber définitivement ? Dans des fosses fixes : sur 75 mille maisons à Paris, il y en a 15 mille seulement qui ont des fosses mobiles et 60 mille qui ont des fosses fixes. Or, avec le système des fosses fixes, le mètre cube d'eau qui a coûté 30 centimes avant d'être utilisée pour les usages domestiques ou autres, revient à 7 francs quand il s'agit de l'enlever de ces fosses où elle a été finalement rejetée. Telle est la cause, suivant M. Trélat, de l'insuffisance de l'eau destinée à l'irrigation des égouts.

M. Trélat appuie donc les propositions de MM. Rochard et Brouardel, contrairement à celle de M. Léon Le Fort.

M. le Président met aux voix les amendements proposés par M. Le Fort et acceptés par la Commission. Ces amendements sont adoptés.

Quant à la conclusion relative aux égouts, la Commission croit pouvoir faire droit à ce que la proposition de M. Léon Le Fort renferme de juste, en ajoutant à sa troisième conclusion les mots suivants : « Réparer les égouts qui sont en mauvais état, *tout en réservant la question du meilleur mode de vidange.* » Cette conclusion est également adoptée.

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq.

FORMULAIRE

Vin de quinquina a la noix vomique. — Fonssagrives.

Teinture de noix vomique.	40 gouttes.
Vin de quinquina	300 grammes.

Mêlez. — Chaque cuillerée à bouche contient 2 gouttes de teinture. — 2 à 4 cuillerées aux personnes convalescentes ou aux anémiques dont l'appétit a besoin d'être stimulé. — N. G.

Prises béchiques. — Widerhofer.

Extrait de semences de jusquiame. . . .	0 gr 04 centigr.
Sucre de lait pulv.	2 grammes.

Mêlez avec soin et divisez en 8 doses.

A donner dans l'espace de 1 ou 2 jours, aux enfants atteints de rougeole, qui ont de la bronchite avec de fréquentes quintes de toux. — N. G.

INSTITUTION DE DEUX PRIX ANNUELS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE D'ARMÉE AINSI QUE D'UN PRIX TRIENNAL DE CHIMIE.

Le ministre de la guerre a adressé, le 5 juin dernier, aux gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, aux généraux commandant les corps d'armée et au général commandant le corps d'occupation de Tunisie, la circulaire suivante :

Mon cher général, en vue d'encourager les travaux scientifiques des officiers du corps de santé militaire, j'ai décidé que des prix leur seront accordés dans les conditions suivantes :

Deux prix annuels consistant en une médaille d'or de 500 francs seront décernés au meilleur travail sur des questions de médecine et de chirurgie d'armée.

Un prix triennal, de même valeur, sera également attribué au meilleur travail sur une question de pharmacie militaire ou de chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises de l'armée.

Chaque année, le Comité consultatif de santé indiquera, avant l'inspection générale, le sujet du concours qui sera inséré au *Journal militaire officiel.* Les mémoires me seront adressés, aussitôt après l'inspection générale de l'année suivante, pour être examinés par le Comité, qui me fera connaître les noms des médecins et des pharmaciens militaires jugés dignes de ces récompenses.

En notifiant ces dispositions aux officiers du Corps de santé de votre corps d'armée, vous ne leur laisserez pas ignorer que j'attache la plus grande importance au perfectionnement de leurs connaissances scientifiques et aux résultats que l'armée est toujours en droit d'attendre de leurs travaux.

J'aurais voulu pouvoir instituer des récompenses plus nombreuses ou d'une importance égale à celles qui sont accordées aux médecins militaires des autres nations, mais les exigences budgétaires ne m'ont pas permis de leur donner une plus grande valeur.

D'ailleurs il est à remarquer que, dans les armées étrangères, la plupart des prix proviennent de dons particuliers, et s'il venait, comme je l'espère, à s'en produire en France, je n'hésiterais pas à les accepter et à perpétuer le don des donateurs, dans le but de mieux encourager les recherches scientifiques qui intéressent au plus haut degré l'armée tout entière.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1882-1883 sera ouvert le mardi 3 juillet 1883. Il sera clos

le samedi 21 du même mois à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre suivant, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première année : les mardi 3, mercredi 4, jeudi 5 et vendredi 6 juillet 1883 ;

2° Inscriptions de deuxième année : les samedi 7, mardi 10, mercredi 11 et jeudi 12 juillet 1883 ;

3° Inscriptions de troisième et quatrième années : les vendredi 13, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 juillet 1883.

MM. les Etudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du 12 juillet 1883.

MM. les Elèves internes et externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. *Ces formalités sont de rigueur, et les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeront de les remplir.*

Le stage hospitalier est obligatoire pour la neuvième inscription de doctorat et la cinquième inscription d'officiat. Cinquante-six jours de présence à l'hôpital seront exigés pour ces inscriptions. Le stage dont il s'agit peut être fait dans le courant des mois de juillet, août, septembre et octobre. A cet effet, aussitôt après la prise de la huitième inscription de doctorat ou de la quatrième d'officiat, MM. les Elèves devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration de l'Assistance publique.

Consignations. — Les élèves ajournés à la session de novembre 1882, au premier examen de doctorat (nouveau mode) et aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (ancien mode), devront consigner les *lundi* 18 et *mardi* 19 *juin*, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 2 au 7 juillet.

Les élèves de première année (nouveau mode) qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les *mercredi* 27 et *jeudi* 28 *juin*. Ils prendront la quatrième inscription dans la première semaine de juillet. Ceux d'entre eux qui ne consigneraient pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés au mois d'octobre.

Les élèves de première, deuxième et troisième année (ancien mode) et les aspirants à l'officiat devront consigner, pour les examens de fin d'année, en prenant, selon les cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. En cas d'ajournement, ces élèves (ancien et nouveau mode) pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 22 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 15 et le mardi 16 octobre 1883, dernier délai.

Ostéologie. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 22 octobre 1883. MM. les Étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'École pratique, 2, rue Vauquelin. A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, pendant la période des examens.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Bourguet, ancien chirurgien en chef des hospices de Rodez. — M. Guedeu, pharmacien inspecteur des pharmacies d'Ille-et-Vilaine et membre du Conseil départemental d'hygiène, vient de mourir à Rennes. — M. le docteur Caron est mort il y a quelques jours à Caudray-Saint-Germer (Oise). — Le Corps médical de Bordeaux vient de perdre un de ses membres les plus distingués, M. le docteur Vovard, décédé à l'âge de 54 ans. Quoique praticien très occupé, M. Vovard trouvait encore le temps de se livrer à des publications scientifiques et, l'année dernière, avait encore communiqué au Congrès de La Rochelle un travail sur le *traitement de la méningite tuberculeuse.* — M. le docteur Burguières-bey, médecin particulier du khédive Ismael, est mort à Paris le 8 juin dernier. — Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Géron, stagiaire à l'hôpital Laënnec, mort des suites d'une variole hémorrhagique contractée en soignant les malades du service auquel il était attaché.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

LES KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE.

Hôpital Saint-Antoine. — (Service de M. Sevestre.)

La maladie hydatique de la rate. — Difficultés du diagnostic. — Signes physiques de la tumeur. — Kystes à forme latente ; dissimulée et à manifestations fonctionnelles prédominantes. — Perturbations stomacales, gastro-intestinales, dyspnéiques. — Kyste splénique et tumeur pariétale de l'abdomen. — Kyste splénique et kyste hydatique. — Variétés de marche, de début et de forme. — Influence pathogénique des traumatismes et du paludisme.

S'il est un point sur lequel s'accordent les cliniciens, c'est assurément pour constater la rareté relative des kystes hydatiques de la rate. Dans l'espace de vingt années, et sur un total de quinze mille malades de l'Hôtel-Dieu de Rouen, M, Leudet recueillit quarante-sept observations d'affection hydatique, parmi lesquelles le cœur, le tissu musculaire, l'épiploon, les ligaments larges, le cerveau, le poumon, étaient vingt-trois fois mis en cause. Les vingt-quatre autres malades avaient été atteints de kystes hydatiques du foie, et chez un seul de ces derniers on avait, à l'autopsie, constaté la présence simultanée d'hydatides dans le foie et dans la rate. Mais de kystes primitifs de cet organe, il n'en est pas question ; c'est assez dire quel est leur peu de fréquence.

En 1875, M. E. Besnier en réunissait vingt-quatre cas. Depuis, cette statistique s'est augmentée des observations de MM. Brault, Kuhne et Martin (de Nevers), et de celle que M. Gérin-Roze a communiquée, le 23 janvier 1880, à la Société médicale des hôpitaux. Il y a loin de ce modeste total de vingt-huit cas au nombre si considérable des kystes hydatiques du foie qui sont signalés dans les ouvrages périodiques

FEUILLETON

CAUSERIES

LES UNIVERSITÉS ALLEMANDES

M. le docteur R. Blanchard, préparateur du cours de physiologie à la Sorbonne, vient de publier sous ce titre (1) le récit de ses visites dans les Universités de l'Allemagne, en 1877 et 1880. Il a travaillé comme élève dans les principaux laboratoires de ce pays, à Leipzig, à Halle, à Berlin, à Bonn, où il dit avoir reçu l'accueil le plus bienveillant; il a pu vivre la vie des étudiants et s'initier à leurs coutumes; aussi l'intérêt d'un livre rédigé dans de pareilles conditions, à l'aide de notes prises au jour le jour, n'échappera-t-il à personne.

Deux motifs ont porté M. Blanchard à publier son travail. Il voulait d'abord acquitter en quelque sorte une dette de reconnaissance contractée envers la ville de Paris, qui à deux reprises l'avait gratifié d'une bourse de voyage; ensuite il voulait nous faire connaître la différence qui existe entre nos laboratoires et ceux qu'il avait visités à l'étranger, différence qui est loin d'être à notre avantage. « Frappé vivement, dit-il, des admirables instituts qui font la richesse et la force des Universités allemandes, il m'a semblé utile d'attirer sur eux l'attention et de montrer combien l'Allemagne nous avait distancé sur ce point. Je sais bien qu'avant moi l'alarme avait été donnée par des savants de la plus haute valeur, mais les diffi-

(1) *Les Universités allemandes*, par le docteur Raphaël Blanchard. Paris, Ad. Delahaye et Lecrosnier; 1883.

ou autres. Le cas du malade actellement couché au lit n° 19 de la salle Broussais sera donc le vingt-neuvième.

De l'âge de 32 ans, et avec les apparences d'une vigoureuse constitution, cet homme est entré à l'hôpital le 24 avril dernier, racontant que l'affection dont il se plaignait était récente, datait de la fin du mois de mars précédent, et s'était aggravée depuis quelques jours seulement. Ses antécédents héréditaires étaient nuls; mais, soldat de l'armée d'Afrique pendant quatre ans et libéré depuis l'automne de 1880, il a été atteint périodiquement chaque année, en octobre, de fièvres intermittentes tierces, dont l'origine date de son séjour en Algérie. Cet homme est donc un paludique, circonstance commémorative dont il y aura lieu de tenir compte (1).

Il éprouvait depuis quelques semaines une gêne douloureuse dans le côté gauche, et une tuméfaction croissante de la région correspondante. De là, au moment de son admission à l'hôpital, l'impossibilité des grands mouvements et des efforts de la marche. Il interrompit donc son travail, tout en conservant l'aspect extérieur de la santé et l'intégrité absolue des grandes fonctions viscérales.

L'examen physique confirmait ses déclarations. La douleur de côté était permanente; les grandes inspirations l'exagéraient, et une oppression violente l'accompagnait. En vain on aurait cherché l'origine de ces phénomènes dans les organes thoraciques ou la paroi de la poitrine. Cette dyspnée n'était pas due seulement à la douleur, elle était surtout de cause mécanique et résultait de l'existence dans l'abdomen d'une tumeur volumineuse refoulant le diaphragme par en haut.

A cette tumeur occupant tout l'hypochondre gauche et le côté gauche de l'épigastre correspondait, à la percussion, une autre zone de matité circonscrite ellemême plus extérieurement par une zone de sonorité. Commençant sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, se continuant dans le flanc gauche, cette zone de matité disparaissait dans la partie postérieure de la région ilio-lombaire. Elle indiquait l'existence d'une masse pathologique, occupant transversalement la moitié gauche de l'épigastre, les régions de l'hypochondre et du flanc gauches, et s'étendant verticalement sur une hauteur de 18 centimètres depuis la septième côte jusqu'à deux travers de doigt audessus de la crète iliaque. En outre, indépendante de l'estomac dont on percevait la sonorité tympanique, ainsi que de la glande hépatique, elle ne siégeait pas non plus dans les ganglions. On était donc en présence

(1) Nous devons ces détails à l'obligeance de M. Lebreton, interne du service.

---

cultés politiques avec lesquelles notre pays s'est trouvé aux prises n'ont point permis qu'on s'occupât de la réforme de nos laboratoires; aujourd'hui que le calme est revenu, il importe de se mettre à l'œuvre. »

La conclusion de ces paroles est facile à tirer. « Voici ce que j'ai vu en Allemagne; comparez avec ce que nous avons en France, et voyez s'il faut imiter nos voisins ou laisser croupir nos travailleurs dans ce qu'on appelle chez nous, par euphémisme... des laboratoires. » Quelque soit le résultat des efforts tentés par notre jeune physiologiste pour arriver à changer notre organisation à ce point de vue, on ne peut que le remercier d'avoir entrepris une pareille tâche et le féliciter du livre intéressant qu'il a écrit dans ce but.

Ne pouvant suivre M. Blanchard dans ses pérégrinations, je lui demanderai la permission d'emprunter à son livre un certain nombre de détails bien propres à faire ressortir l'infériorité de nos institutions en face de celles de l'Allemagne.

Bonn, comptait, en 1880, 1099 étudiants dont 88 pour la Faculté de théologie catholique, 84 pour la Faculté de théologie évangélique, 345 pour la Faculté de droit, 154 pour la Faculté de médecine, 428 enfin pour la Faculté de philosophie. Or, voyons quelle est l'organisation de sa bibliothèque.

« La bibliothèque de l'Université renferme environ 250,000 volumes. Elle remonte seulement au commencement de ce siècle, et son noyau d'origine a été constitué par la bibliothèque de l'Université de Duisbourg, Université qu'on venait de supprimer au moment même où celle de Bonn se réorganisait. Le budget annuel de la bibliothèque est un peu supérieur à 37,000 marks (46,250 francs) et la plus grande partie de cette somme est destinée à l'achat d'ouvrages de médecine ou de sciences naturelles. Le bibliothécaire en chef, M. Bernay, est un philologue distingué, mais qui, parce qu'il appartient à la religion judaïque, n'a

d'une tumeur de la rate ayant refoulé d'une part l'estomac et la masse intestinale, et, d'autre part, le diaphragme et le poumon.

Restait à en déterminer la nature. La consistance n'était pas homogène ; résistante et dure dans sa partie inférieure, elle était fluctuante et rénitente surtout au niveau de la saillie globuleuse de l'épigastre. Son bord inférieur était dur, inégal, bosselé, et formé manifestement de parties solides, mais sa masse principale avait les caractères des tumeurs liquides. C'était conséquemment une tumeur de consistance mixte, et, par ce fait, on devait dans le diagnostic mettre hors de cause toutes les tumeurs solides de la rate ou de ses enveloppes.

Cette collection liquide était-elle un abcès? Rien dans l'évolution des symptômes ou l'état général n'autorisait cette hypothèse. Etait-ce un kyste séreux uni ou multiloculaire, de l'ordre de ceux dont MM. Livois, Leudet, Péan et Magdelain, Mariano et Féréol ont signalé quelques eexmples? Ou bien appartenait-il à la variété des kystes parasitaires, c'est-à-dire des kystes à échinocoques relativement fréquents dans le foie et rares dans la rate? Dans la palpation de la tumeur pendant des mouvements inspiratoires, la main éprouvait une sensation de frottement. La cause n'en était certainement pas dans le péritoine ; il était superficiel, siégeait dans la tumeur, et consistait dans une sorte de froissement doux, moins rude et moins granuleux que le frottement hydatique, mais suffisant pour faire soupçonner la nature hydatique du kyste.

Ainsi, l'examen méthodique avait permis de reconnaître le *siège splénique* de l'affection. Par voie d'élimination, M. Sevestre avait distingué cette tumeur des autres néoplasmes de la rate, et en avait déterminé la *nature kystique*. La présence d'une sensation frottement avait bien fait soupçonner que ce kyste appartenait à la *variété hydatique* ; mais on sait que ce signe n'a pas par lui-même une valeur absolue, et ici moins encore que dans les tumeurs à échinocoques des autres organes. Rares, en effet, sont les cas d'affections hydatiques de la rate dans lesquelles on le rencontre. De plus, la situation de la tumeur, sa profondeur, son volume, sont autant de causes dissimulatrices ou modificatrices de la sensation de frottement éprouvée par la main dans l'examen physique.

En fait, le diagnostic de kyste hydatique de la rate paraissait justifié ; mais la ponction seule devait en donner la certitude. Le traitement, par l'iodure de potassium, avait été vainement employé, et les symtômes fonctionnels ne s'amendaient pas ; bien au contraire, il s'aggravaient depuis quinze jours que le malade séjournait dans le service. M. Sevestre résolut d'intervenir en pratiquant la ponction. Cette

---

jamais pu être nommé professeur ordinaire à l'Université ; son traitement est de 9,000 marks (11,250 francs). Il a sous ses ordres un sous-bibliothécaire, qui touche 3,400 marks, un secrétaire qui touche 3,000 marks, un gardien qui en reçoit 1,800, et deux garçons dont l'un touche 1,130 et l'autre 1,000 maks. De plus, deux étudiants portant le titre d'*anamanuenses* sont attachés à la bibliothèque et reçoivent chacun, à titre d'indemnité, un somme annuelle de 300 marks.

« Ces *anamanuenses* n'ont d'autres fonctions que de distribuer les livres au public ou de les remettre en place ; leur service n'est que de deux heures par jour, pendant les séances publiques, qui ont lieu de deux heures à quatre heures. Les autres employés de la bibliothèque, à moins qu'ils ne fassent des cours à l'Université, doivent rester à la bibliothèque de neuf heures du matin à midi, et de deux heures à quatre en hiver, de deux heures à cinq heures en été. La bibliothèque n'est jamais ouverte le soir. »

Les chiffres donnés ci-dessus sont bien supérieurs à ceux qu'on pourrait trouver ponr notre Faculté de médecine. Le budget de Bonn consacre plus de 25,000 francs à l'achat de livres destinés à 154 étudiants, et chez nous on rassemble difficilement 15,000 francs pour nos 5,000 étudiants. Quant aux volumes, tous les renseignements ont été donnés autrefois dans ce journal même par M. Chereau, et je ne voudrais pas y revenir pour ne pas trop nous humilier.

Pour le prêt des livres, on est, paraît-il, très libéral à Bonn ; mais ceci est un grand inconvénient qui n'existe déjà que trop chez nous, et qu'il ne serait pas désirable de voir s'augmenter. Tout étudiant ou toute personne habitant Bonn ou les environs peut emporter chez elle jusqu'à douze volumes et les garder un mois. Le maximum de douze volumes n'est

opération, rendue facile par l'emploi des appareils aspirateurs, est d'ailleurs généralement exempte de dangers si l'on a soin de vider complètement le kyste et de condamner le malade au repos absolu, jusqu'au moment où l'on a lieu de penser que l'orifice fait à la paroi kystique est oblitéré, et que l'on n'a plus à craindre la pénétration du liquide dans le péritoine. Elle répondait à la fois à une double indication. Au point de vue thérapeutique, par l'évacuation du liquide, elle atténuerait la violence des symptômes fonctionnels, et au point de vue diagnostic, par l'examen des produits expulsés, elle permettrait d'affirmer la nature kyste. Le 8 mai, on retirait de cette tumeur 2,400 grammes de sérosité transparente et limpide, dans laquelle se trouvaient quelques crochets et des échinocoques libres, ou encore adhérents aux débris de la membrane germinale. Aucun phénomène réactionnel ne compliqua cette opération; les troubles et douloureux et dyspnéiques disparurent de suite. Depuis, le liquide ne s'est pas formé à nouveau; seule la matité splénique conserve encore une étendue un peu plus vaste qu'à l'état normal.

Le diagnostic de ces kystes spléniques n'est pas exempt de difficultés. Il suffit de parcourir les observations pour reconnaître que, souvent, ils n'ont été reconnus que par l'autopsie; c'est que, en raison même de leur peu de fréquence, l'attention du médecin n'est pas toujours en éveil à leur égard. De plus, au lieu d'être *apparents* et accusés, comme dans le cas de la salle Broussais, par un ensemble symptomatique plus ou moins dénonciateur, ils peuvent être *latents*. Ils sont ignorés du malade, comme chez ce soldat dont la mort subite et apoplectiforme survint au milieu des apparences de la santé. A l'autopsie, ainsi que le constate le procès-verbal communiqué à la Société anatomique par M. Malassez (1), on trouvait cependant une tumeur hydatique de la rate ayant 18 centimètres de diamètre! Dans cette forme à marche silencieuse l'exploration clinique la plus attentive peut donc se trouver en défaut.

Ces tumeurs empruntent encore aux troubles fonctionnels qui les accompagnent, à leur marche, à leur début même, la physionomie d'affections des organes voisins. Le malade, dont M. Gérin-Rose à fait connaître l'histoire (2), s'était amaigri depuis deux ans; les douleurs épigastriques dataient d'une année, les troubles digestifs, les vomissements noirs, les selles liquides meléniques, l'impossibilité de conserver les

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1879, p. 159.

(2) Gérin-Roze. *Union méd.*, 13 juin 1880.

pas applicable aux professeurs, et ceux-ci peuvent garder les ouvrages un mois et demi. On ne peut toutefois emporter les livres qu'autant qu'un professeur a déclaré en répondre.

Le grand inconvénient du prêt des livres est que, quand un ouvrage vient d'être emprunté, tous les lecteurs qui peuvent avoir à le consulter sont obligés d'attendre qu'il soit rentré. Chez nous, où les lecteurs sur place sont très nombreux, on ne pourrait trop restreindre le prêt des livres au dehors, et l'expérience de chaque jour est là pour me donner raison. Mais il est telle circonstance, la préparation des questions de concours par exemple, qui exige un travail *at home*, dans la solitude, et il faut bien alors que les travailleurs aient la libre disposition des ouvrages dont ils ont besoin.

Si les laboratoires de l'Allemagne, si certains hôpitaux sont mieux construits, mieux aménagés, mieux outillés que les nôtres, il est certains services qui laissent cependant fort à désirer, par exemple celui du professeur Westphal, à l'hôpital de la Charité, de Berlin. Les pièces sont basses et étroites, allongées en boyau, où l'air vicié et les âcres émanations de la cuisine prennent à la gorge; on fait, en effet, la cuisine et on prend les bains dans une petite salle contiguë à celle des malades.

M. Westphal se trouve à la tête de deux services : « L'un comprend les maladies communes, bien que renfermant surtout des névropathes; l'autre est uniquement occupé par des déments. Cette dernière division présente une organisation des plus primitives et, il faut bien le dire, des plus inhumaines. Les salles de malades ne sont ni mieux ni plus mal que dans l'autre division, et, à la rigueur, pourraient échapper à toute critique; mais les cabanons sont représentés par de simples cellules en maçonnerie solide et bitumées; une double porte, solidement ferrée, ferme ces cellules de 4 mètres carrés, qui prennent jour par un petit vasistas, percé tout en haut; même au moment où le soleil resplendit, une obscurité presque complète

aliments, quelque-uns même des signes physiques auraient pu faire croire à un cancer de l'estomac. Grâce à la sagacité de l'observation, le volume de la tumeur en éloigna l'idée, et la ponction exploratrice en confirma la nature. La vérification anatomo-pathologique démontra l'exactitude du diagnostic. C'était donc un kyste hydatique de la rate, dont les accidents fonctionnels avaient le type *stomacal.*

Dans un autre cas du service de M. Benjamin Anger (2), le malade éprouvait, depuis des années, des troubles intestinaux rebelles, et périodiquement des débâcles diarrhéiques. A l'hôpital, où il succomba, on constata, pendant la vie, l'existence d'une tumeur de la rate dont la nature hydatique fut vérifiée après la mort. Ce kyste communiquait avec le colon transverse; les accidents fonctionnels étaient donc épisodiques; la maladie splénique à laquelle pendant longtemps ils avaient donné lieu avait les *apparences d'une affection intestinale.*

Au début, le malade de la salle Broussais éprouvait des troubles respiratoires et de la douleur de côté, phénomènes dont il était légitime de tenir compte dans la discussion raisonnée du diagnostic, avant de mettre hors de cause les viscères et les organes de la paroi thoracique. Ces perturbations avaient donc le type *dyspnéique*, et, bien que *précoces*, elles n'étaient guère moins intenses que si elles avaient été *tardives.*

Dans l'observation de Legroux (1), le malade avait reçu, trois semaines avant l'apparition de la tumeur splénique, un coup de timon dans le côté. La marche de cette tumeur avait donc été rapide. Robert, contrairement à l'opinion de Legroux, établissant une liaison de cause à effet entre cette dernière et le traumatisme, la considérait comme un abcès intermusculaire. Cependant, quelques jours après, l'apparition d'un frottement hydatique donnait raison à Legroux, et, plus tard, l'autopsie confirma le diagnostic. On soupçonnait une *lésion traumatique inflammatoire de la paroi abdominale*, quand ce signe démontra l'existence d'un kyste à échinocoques.

Les causes d'erreurs diagnostiques ne sont pas les seules. Que la tumeur splénique coexiste avec un kyste hépatique de même espèce, comme chez un malade de M. Leudet, on pourra reconnaître le second pendant la vie et ne constater le pre-

(1) Brault. *Bulletins de la Soc. anat.*, 1876, p. 678.
(2) Legroux. *Union méd.*, 20 avril 1850.

---

règne dans ces cellules et achève de leur donner l'aspect de geôles. Si les malades qu'on renferme n'étaient fous déjà, ils le deviendraient à coup sûr rien qu'à y séjourner. Dans ces cellules, pour tout meuble, un méchant matelas jeté dans un coin; pas le moindre capiton, rien qui empêche les malades, dans leurs accès, de se briser la tête contre les murs. Il faudrait qu'un nouveau Pinel allât visiter la Charité de Berlin! »

A Halle, ce sont au contraire les étudiants qui auraient à bénéficier du nouveau Pinel. Parmi les choses les plus intéressantes qu'il y ait à voir à l'ancienne Université, dit M. Blanchard, il faut assurément compter les « *carcer* » où cachots dans lesquels on renferme les étudiants condamnés à la réclusion par le tribunal universitaire. Ces cachots sont au nombre de 4 ou 5; ils sont rarement vides, parfois même on est obligé de renfermer plusieurs étudiants dans le même. Le plus grand de ces cachots représente une chambre longue de 4 à 5 mètres sur une largeur de 3 à 4 mètres. Une fenêtre donne sur la Saale, mais elle est entourée d'une cage en bois qu'on tient fermée à clef dans tous les cas où le tribunal universitaire n'a point stipulé qu'elle pourrait être ouverte; cette cage empêche le prisonnier d'approcher de la fenêtre. Comme mobilier, un lit et une simple paillasse, une table rustique et quelques chaises en bois. Si l'étudiant doit passer la nuit dans le *carcer*, il doit se faire apporter un lit du dehors, à moins qu'il ne se contente de coucher tout habillé sur la paillasse. Il doit aussi se faire apporter à manger, l'Université ne lui donnant qu'une cruche d'eau.

Un règlement relatif à la police des cachots est placardé dans chacun d'eux; les étudiants sont tenus de s'y conformer, sous peine de voir se prolonger leur détention, et il est juste de dire qu'ils l'observent le plus généralement. Ce règlement interdit les chants, le bruit, l'usage du tabac, à moins qu'un certificat médical ne le prescrive expressément, l'usage de l'alcool, etc. Les étudiants doivent enfin ne rien dégrader, ne pas écrire leur nom sur les murs; toute

mier qu'après la mort (1). La surface de la rate est-elle couverte de tumeurs hydatiques distinctes les unes des autres, véritables colonies de kystes? La tumeur est-elle lobulée? Ces déformations feront éprouver à la palpation la sensation de bosselures (2). N'est-ce pas là une cause de confusion avec des néoplasmes solides primitifs, toujours rares aussi, il est vrai. Un état général défectueux ne serait même pas alors une indication diagnostique suffisante, puisqu'on a vu des kystes hydatiques s'accompagner de cachexie intense.

La marche de ces tumeurs n'est pas moins variable. Rapide chez le malade de la salle Broussais et chez ceux de Legroux et de M. Gérin-Rose, où le début des accidents datait seulement de quelques semaines, elle a été lente dans quelques cas, témoin l'observation de M. Brault, où les premiers symptômes fonctionnels remontaient à dix années. Mais que l'évolution soit lente ou bien rapide, le pronostic de ces kystes n'en est pas moins toujours sérieux. Les cas de mort sont, en effet, nombreux. Abandonnés à eux-mêmes, ils peuvent s'ouvrir dans des cavités viscérales ou séreuses; ou bien encore menacer la vie par l'exagération des troubles fonctionnels qu'ils produisent. L'intervention thérapeutique est donc indiquée, dès que la certitude du diagnostic est acquise. Dans l'espèce, M. Sevestre a employé la ponction, parce que le kyste était récent et ses parois rétractiles; mais, dans les tumeurs anciennes, on a préféré le procédé de Récamier et l'incision par le bistouri et le thermocautère, dont les inconvénients sont de nos jours, bien atténués par les précautions de la méthode antiseptique.

Enfin, au point de vue pathogénique, remarquons avec M. Sevestre que le malade de la salle Broussais est un paludique. Sa rate, depuis longtemps hypertrophiée n'était-elle pas, en quelque sorte, un habitat favorable pour les échinocoques. Faut-il, au contraire, ne voir dans ces faits qu'une coïncidence accidentelle?

N'a-t-on pas admis un rapport de causalité entre les traumatismes et le développement des kystes hydatiques? En 1868, M. Sevestre signalait à la Société anatomique (3) un kyste hydatique des os observé dans le service de Demarquay et

(1) Leudet. *Clinique méd.*, 1874, p. 398 et 412.

(2) Niemeyer. *Éléments de path. int.*, t. II, 1879. — E. Reynier. Diction. encycl., art. *Rate*, 1875. — Jeannel. Diction. de Jaccoud, t. XXX, art. *Rate*. — Legrand. *The med. Times and gaz.*, 1860, t. I, p. 203. — Andral. *Clinique méd.*, t. IV, lib. 2, obs. XLIII. — Cruveilhier. *Anatomie pathol.*, cap. XXXV et XIX.

(3) Sevestre. Hydatide du canal de l'humérus. *Bull. Soc. anat.*, 1868, p. 426.

---

dégradation se répare à leurs frais, et, pour cela, ils sont tenus à la sortie de remettre entre les mains du gardien une certaine somme destinée, s'il y a lieu, à payer les réparations.

Un étudiant condamné au cachot ne peut recevoir de visites d'aucune sorte; s'il doit passer plusieurs jours dans le *carcer*, il n'a chaque jour qu'une heure de promenade dans la cour pour voir ses amis.

Si un étudiant refuse de se rendre au cachot après y avoir été condamné par le tribunal universitaire, l'appariteur va l'inviter à s'y rendre; s'il refuse encore, la police ou les soldats l'arrêtent ou l'y conduisent. »

Nos étudiants pourront souhaiter d'avoir les laboratoires commodes de l'Allemagne, mais je doute qu'ils lui envient ses cachots.

J'aurais encore bien des choses à citer, à prendre même dans le livre de M. Blanchard : la généalogie des Meckel, dont l'un, celui qui a trouvé le cartilage qui porte son nom, avait treize vertèbres dorsales, et treize côtes de chaque côté; — l'admiration de His pour Cl. Bernard; la formule du liquide de Wickersheimer pour la préparation et la conservation des pièces anatomiques, les hauts faits de « beuverie » des étudiants allemands et leur organisation en corporation; — la polémique de M. Blanchard et de M. Du Bois Reymond à propos « d'un propos » de ce dernier pendant la guerre de 1870, etc. J'aime mieux rapporter, pour finir un « trait d'esprit » du professeur Ludwig, que je trouve, comme M. Blanchard, d'autant plus intéressant et rare, qu'il est en français.

Avant la guerre, M. le professeur Marey, du collége de France, était allé visiter quelques Universités allemandes. Arrivé à Leipzig, il va rendre visite à M. Ludwig, qui lui fait les honneurs de son Institut. M. Marey se montre particulièrement surpris de la grande taille des

consécutif à une blessure par une arme à feu. Quand le malade entra à l'hôpital, on crut à une nécrose de l'humérus. L'opération montra qu'il en était autrement : un kyste hydatique s'était développé dans le canal médullaire de l'os. Comment ne pas comparer ces phénomènes pathologiques avec le developpement de kystes spléniques après des traumatismes (Gérin-Rose et Legroux), ou de kystes hépatiques, comme dans l'observatian d'Adeline (1), dans laquelle une chute sur l'hypochondre droit avait précédé le développement de la tumenr parasitaire. D'ailleurs, les tissus abondamment vascularisés, foie, rein, cerveau, ne sont-ils pas une sorte de lieu d'élection pour ces kystes parasitaires? En 1868, M. Sevestre se demandait si la congestion vasculaire résultant du traumatisme ne pouvait pas favoriser le développement des hydatides. Ne pourrait-on pas, dans le cas actuel, faire jouer un rôle analogue à la congestion splénique d'origine paludéenne? Cette hypothèse, toute réservée qu'elle doit être, s'accorderait donc avec les faits; une altération morbide constituant ici comme une lésion accidentelle traumatique, un *locus minoris resistentiæ*, habitat préféré et terrain de fixation et de colonisation pour les germes des échinocoques.

Ch. Eloy.

(1) *Société méd. des hôp.*, 1879.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Bichat. — Service de M. F. TERRIER.

KYSTE DE L'OVAIRE GAUCHE, MULTILOCULAIRE. — OVARIOTOMIE. — GUÉRISON.

Mme Charlotte M..., 21 ans, entre le 20 février 1883, dans le service de chirurgie pour se faire opérer d'une tumeur abdominale volumineuse.

Les antécédents de la malade sont assez simples : son père, vivant, âgé de 63 ans, jouit d'une bonne santé, sa mère serait morte d'une affection de poitrine à 41 ans, enfin son frère est très bien portant. Pendant l'enfance, Mme M... s'est assez bien portée: elle fut réglée à 13 ans et eut une fièvre muqueuse à 8 ou 9 ans. Vers 15 ans, suppression des règles pendant cinq à six mois après une imprudence et un refroidissement; puis les règles revinrent, elles duraient trois jours et en général étaient peu abondantes. Il y avait en outre quelques étouffements, des digestions un peu difficiles, surtout vers les époques.

Mme M... se maria à 20 ans, et jusqu'alors elle ne s'était aperçue de rien d'anormal du côté du ventre. Un mois après le mariage, le ventre grossit; dès le deuxième mois apparaissent

---

grenouilles soumises aux expériences. « Il n'y a rien là qui doive vous surprendre, dit M. Ludwig; en France, vous avez de grands Marey, mais de petites grenouilles; nous, en revanche, nous avons de petits marais, mais de grandes grenouilles, cela fait compensation. »

M. Ludwig a-t-il cru être spirituel en trouvant que ses grosses grenouilles étaient pour l'Allemagne une compensation suffisante au désavantage de n'avoir que de petits Marey? Si oui, ce qui est probable, plaignons-le, car on peut, sans s'exposer à être accusé de chauvinisme, affirmer que M. Marey, avec ses petites grenouilles et dans son pauvre laboratoire, a bien fait autant pour la science que les Allemands les mieux doués comme laboratoires et comme grenouilles.

Simplissime.

Lavements contre les oxyures. — Trousseau.

Bi-iodure de mercure	0 gr 01 centigr.
Iodure de potassium.	0 gr 10 centigr.
Eau distillée.	100 grammes.

On triture les deux sels ensemble, en y ajoutant quelques gouttes d'eau. Le biiodure se dissout dans l'iodure de potassium en se décolorant; on verse alors le reste dans l'eau. — Deux lavements par jour, un le matin et l'autre le soir. — N. G.

les douleurs, et la malade put constater la présence d'une tumeur grosse comme une orange, dit-elle, tumeur peu douloureuse, qui siégait à gauche de l'abdomen et était mobile. On crut au début d'une grossesse.

Les choses restèrent à peu près dans le même état jusqu'à la fin d'août 1882; à cette date, et après de vives émotions, le ventre augmenta de volume, surtout en septembre. Des douleurs se produisirent surtout à gauche; pas de coliques; les digestions étaient toujours pénibles.

Le 8 octobre 1882, M. le docteur A. Desprès fit une ponction et retira environ 10 litres d'un liquide visqueux, brunâtre et filant; cs chirurgien diagnostiqua un kyste de l'ovaire et parla d'opération.

Mme M... retourna chez elle le 25 octobre et déjà le liquide avait une certaine tendance à se reproduire. Au commencement de novembre, après une course en voiture, la malade fut prise de vives douleurs dans les deux flancs et dut s'aliter. On lui fit des onctions belladonées sur le ventre et on administra des lavements de chloral, etc. Le liquide s'était presque complètement reproduit vers la fin de novembre, en résumé la ponction avait fait retrouver l'appétit, mais ce soulagement fut bien peu durable.

Le 18 décembre 1882, je fus appelé en toute hâte auprès de Mme M... qui offrait les phénomènes graves produits par une distension extrême du ventre : douleurs aux hypochondres et au creux épigastrique, étouffements, œdème des jambes, anorexie, etc. Je fis une ponction sur la ligne médiane avec le petit trocart de l'appareil aspirateur Potain, et je retirai 20 litres d'un liquide très ténu, à peine filant et coloré en gris jaunâtre. Ce liquide fut analysé au Collège de France par M. Gilson, sous la direction de M. le docteur Malassez. Voici cette analyse :

« Ce liquide présente de nombreux éléments figurés. Ce sont surtout de nombreux globules blancs et quelques corpuscules de Gluge. Parmi les globules blancs, on en voit un très grand nombre qui ont subi un commencement de désintégration. Le liquide, d'aspect puriforme au point de vue macroscopique, peut être considéré comme presque purulent. On rencontre, en outre, des globules rouges déjà altérés (crénelés) et des goutelettes d'huile. *Pas de cristaux de cholestérine, ni de cellules épithéliales.* M. Malassez, qui a aussi examiné le liquide, n'a pas non plus trouvé de cellules épithéliales. Malgré cela, il pense qu'on a très probablement affaire à un kyste ovarique, *quoique l'affirmation proprement dite soit impossible.* »

Le 24 décembre, je revis Mme M... et constatai l'existence de masses dures, bosselées, douloureuses au toucher, et occupant l'excavation pelvienne. L'utérus est libre, très mobile, les culs-de-sac sont normaux, sauf en avant où les masses bosselées de l'excavation sont possibles à percevoir. En même temps l'on avait fait l'analyse des urines; voici la note remise par M. P. de Gennes :

Aspect trouble, coloration jaune-rouge (4 des tableaux de Vogel), acide, densité 1022; ni sucre ni albumine.

Urée, 19 gr. 215 par litre; — acide phosphorique, 1 gr. 20; — Urates amorphes et quelques leucocytes.

En présence de ces symptômes et de ces analyses, je pensai bien avoir affaire à un kyste ovarique à grande cavité, avec poches multiples du côté de l'excavation. Toutefois, ce diagnostic n'était pas encore très net et on pouvait aussi croire à une ascite symptomatique de tumeurs pelviennes; l'énorme quantité du liquide évacué, sa rapide reproduction, enfin le résultat presque négatif de l'examen du liquide retiré par la ponction, plaidaient en faveur de cette manière de voir.

Après cette seconde ponction, Mme M... pût se lever sept à huit jours; puis, sa faiblesse augmentant et surtout le liquide se reproduisant avec rapidité, elle dut reprendre le lit.

Le 9 janvier 1883, Mme M.. put se transporter de Lagny au Raincy, c'est-à-dire se rapprocher un peu de Paris ou elle comptait se faire opérer. A cette date, la jambe gauche était déjà œdématiée; après le voyage, cet œdème devint très douloureux, surtout au niveau de l'aine, en fait il y avait de la *phlegmatia alba dolens* de ce côté; et, lorsque je vis la malade le 14 janvier, je constatai un cordon dur et très douloureux sur tout le trajet de la veine fémorale gauche. Le membre correspondant était très œdématié, l'abdomen encore rempli de liquide, qui d'ailleurs gênait assez peu la malade. Onctions belladonées sur la jambe malade.

Le 22 janvier, je retournai voir Mme M..., fort souffrante, et je lui fis une nouvelle ponction, qui me permit de retirer 22 litres d'un liquide presque clair, mousseux, non filant et extrêmement analogue au liquide d'une ascite, sauf une teinte légèrement louche. Ce liquide avait encore changé d'aspect, si bien qu'un nouvel examen fut fait par M. Malassez au Collège de France. Au microscope, le liquide renfermait des globules blancs, des corps granu-

leux, plus des cellules granuleuses disposées en forme de calotte et qui devaient provenir d'un épithélium de revêtement de végétation. Ces végétations étaient-elles intra ou extra-kystiques? Cette question ne pouvait être résolue par le microscope.

De plus, après la ponction, il me fut facile de sentir, an niveau du bord antérieur du foie et un peu à droite, deux masses dures, rénitentes, bosselées, immobiles et paraissant faire corps avec le foie. Les masses bosselées de l'excavation pelvienne avaient augmenté de volume. L'état général très mauvais, la diminution presque complète des urines, et surtout les phénomènes nouveaux de bosselures paraissant faire corps avec le foie, me firent revenir sur mon premier diagnostic. Le régime lacté, l'eau de Vichy furent prescrits pour déterminer un peu de diurèse et nourrir la malade, fort affaiblie et incapable de supporter le voyage à Paris. Sous l'influence de cette médication, l'état général s'améliora, l'appétit revint un peu et les urines furent plus abondantes.

Le 9 février, je vis la malade avec mon collègue et ami le docteur Périer, et nous fîmes une nouvelle ponction, qui donna issue à 15 à 17 litres de liquide encore plus clair et plus limpide que les précédents. Après un examen prolongé, qui nous permit de constater très nettement les bosselures du bord antérieur du foie et de l'excavation, il fut résolu qu'on transporterait la malade à l'hôpital Bichat et qu'on tenterait l'ovariotomie, quitte à refermer le ventre, s'il s'agissait d'ascite symptomatique comme je le craignais.

Etat de Mme M... à son entrée à l'hôpital, le 20 février 1883.— La malade est fort amaigrie, et cet amaigrissement est surtout apparent dans toute la partie supérieure du corps, l'abdomen étant distendu par du liquide et les jambes infiltrées de sérosité. La face est tirée, pâle, non œdématiée. Au niveau de l'ombilic, l'abdomen a 113 centimètres; d'une façon générale, il a la forme d'une poire à grosse extrémité inférieure. La cicatrice ombilicale est un peu saillante, les veines sous-cutanées abdominales sont très dilatées et le cours du sang s'y fait de bas en haut. La peau est éraillée par la tension de l'abdomen et offre de nombreuses vergetures dans les flancs. A la région de l'épigastre, on peut remarquer un léger relief se rapprochant sensiblement des fausses côtes droites, partout ailleurs le développement du ventre est à peu près uniforme et régulièrement arrondi.

La *palpation* permet de reconnaître que le ventre est élastique et rénitent; cette rénitence est à peu près égale partout, sauf peut-être dans les deux flancs où elle semble plus accusée. Au niveau de l'épigastre, il est facile de reconnaître l'existence d'une tumeur arrondie, offrant à peu près le volume d'une tête fœtale à terme; en dehors de cette tumeur et à gauche, presque sous le rebord des fausses côtes, on sent une autre tumeur plus petite; tandis que la première est nettement fluctuante, la deuxième, au contraire, est dure et ne donne que faiblement la sensation du flot.

Dans le flanc droit, on constate l'existence d'une autre tumeur plus volumineuse, s'enfonçant profondément. Enfin, au-dessous du foie, existe une autre saillie qui s'enfonce sous cet organe; cette dernière tumeur n'est pas fluctuante.

La *matité* est absolue presque partout, sauf en bas et à droite, au niveau de la fosse iliaque interne, où il y a une zone peu étendue de sonorité. Les diverses positions prises par la malade ne modifient pas les zones de sonorité et de matité.

A la *percussion*, *fluctuation* très nette en travers de l'abdomen, d'une fosse iliaque à l'autre. Dans l'hypochondre gauche et à l'épigastre, fluctuation plus limitée et moins nettement accusée. La tumeur du flanc droit n'est pas fluctuante.

Pas de céphalalgie d'ordinaire, sauf un peu cette nuit (la première passée à l'hôpital).

Un peu de toux, mais légère. Les poumons ne présentent rien d'anormal; les deux temps de la respiration sont parfaitement réguliers; il existe des sueurs nocturnes, mais depuis peu de temps.

Cœur. Matité normale; à la pointe, le deuxième bruit est peut-être plus éclatant qu'à l'état normal. Rien à la base. Le *pouls* est faible, régulier, non dicrote.

La *miction* est à peu près normale; néanmoins, la malade urine moins depuis la dernière ponction. Pas de constipation, ni de diarrhée.

Par le toucher, on constate que l'utérus est mobile et que les culs-de-sac latéraux sont libres. Empâtement dans les culs-de-sac antérieur et postérieur. Cet examen ne provoque pas de douleurs.

Depuis le mois de novembre 1882, Mme M... n'est pas réglée; et déjà depuis deux mois, c'est-à-dire en septembre et octobre 1882, les règles étaient irrégulières et constituées par un liquide brunâtre à peine sanguinolent.

Le diagnostic ne fut pas nettement formulé : ou bien il s'agissait d'un kyste multiloculaire renfermant une énorme poche pouvant contenir 20 litres de liquide; ou bien on avait affaire à une ascite symptomatique de néoformations multiples du côté du bassin et du foie. Cette der-

nière hypothèse avait été très discutée et presque rejetée par mon ami et collègue le docteur Périer.

Les 22 et 23 février, Mme M... a eu quelques douleurs abdominales et des vomissements. Elle prit un purgatif léger le 23 (huile de ricin). (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. E. Sappey a résumé, dans la note suivante, le procédé à mettre en usage pour observer les premières radicules du système lymphatique et pour constater si ces premières radicules communiquent ou ne communiquent pas avec les capillaires sanguins.

Mettre clairement en lumière ces premières radicules du système lymphatique est un problème qui exerce depuis bientôt trois siècles la sagacité des observateurs. Pour le résoudre, d'innombrables procédés ont été imaginés. Celui que je vais brièvement exposer contient la solution si longtemps et si vainement cherchée. Il démontre que les vaisseaux dont ce système est composé prennent naissance dans la trame de nos organes par des capillicules dont le calibre ne dépasse pas un millième de millimètre, que ces capillicules communiquent tous entre eux, et qu'au niveau de leurs communications il existe de très minimes renflements étoilés simulant autant de petits lacs, d'où le nom de *lacunes*, sous lequel je les ai désignés. Un réseau de capillicules et de lacunes, tel est donc l'aspect sous lequel se présentent dans leur ensemble les premières radicules des vaisseaux lymphatiques.

Si ce réseau s'est dérobé si longtemps aux ardentes recherches des histologistes, ce n'est pas seulement parce qu'il se trouve réduit à la plus extrême ténuité, c'est aussi, c'est surtout parce qu'il est doué d'une parfaite transparence. Pour le faire apparaître, la première condition à remplir était donc de lui enlever, en partie au moins, cette trop parfaite transparence. Après plus de quinzes années d'études, je suis parvenu enfin à obtenir ce résultat presque inespéré, en communiquant aux parois des capillicules et des lacunes une teinte jaune paille qui suffit pour les mettre en évidence; et j'ai obtenu ce résultat en remplissant leurs cavités de tout un monde d'infimes végétaux appartenant à la classe la plus infime des cryptogames. Ces mycrophytes, aujourd'hui généralement connus sous le nom de *microbes*, en dessinent avec beaucoup de netteté tous les contours. Ils diffèrent assez notablement par leurs dimensions et leur configuration; mais on peut les rattacher à deux principaux ordres : les uns revêtent la forme de cellules arrondies et brillantes; ils se rangent bien manifestement dans la famille si répandue des *Micrococcus*. Les autres allongés et cylindriques, appartiennent à la classe si nombreuse aussi des *Bactéries*.

Mais, si les microbes prolifèrent rapidement dans le plasma de la lymphe, ils prolifèrent avec non moins de rapidité et d'abondance dans le plasma sanguin. Or, pour que leur présence devînt un procédé de démonstration, il importait qu'ils se montrassent exclusivement dans les capillaires lymphatiques et nullement dans les capillaires sanguins; car leur apparition simultanée dans les deux ordres de conduits aurait eu pour effet inévitable de ne mettre sous les yeux de l'observateur qu'un spectacle confus des uns et des autres. Pour faire apparaître les premiers, il ne suffisait donc pas de les colorer : il fallait en outre, faire disparaître les seconds du champ du microscope, en évitant de les colorer aussi. J'obtiens ce résultat en injectant dans les vaisseaux sanguins un liquide acidulé, assez abondant pour entraîner leur contenu; en d'autres termes, au plasma sanguin si favorable au développement des microphytes je substitue une solution au sein de laquelle ils ne peuvent proliférer. Dans ces conditions, nul vestige de microzyma ne se montre dans les capillaires sanguins. Les premières origines du système lymphatique, remplies au contraire de cellules colorées, apparaissent donc seules sur le champ du microscope et se montrent avec une si grande netteté qu'il devient facile de les étudier dans leur ensemble, dans leurs moindres détails et dans toutes leurs infinies variétés. Tel est le procédé qui m'a permis de résoudre la question si controversée du mode d'origine des vaisseaux lymphatiques.

J'aborde maintenant une autre question qui a été très discutée aussi : je veux parler de la communication des capillaires lymphatiques avec les capillaires sanguins. Cette communication existe-t-elle ? Au début de mes études sur les vaisseaux absorbants, j'avais cru pouvoir l'admettre, et j'ai développé cette opinion dans mes Ouvrages; longtemps aussi je l'ai défendu dans mon enseignement à la Faculté de Médecine. En l'admettant, je ne m'appuyais alors que sur des considérations générales déduites de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique; je ne mentionnais en sa faveur aucun fait emprunté à l'observation, ce genre d'argument me faisait alors défaut. Mais aujourd'hui il n'en est plus ainsi.

Le procédé que je viens de décrire m'a permis de voir dans leurs connexions les plus intimes les capillicules lymphatiques et les capillaires sanguins ; ceux-ci sont d'un calibre relativement si considérable et les capillicules lymphatiques d'un calibre au contraire si délié, que les premiers peuvent être comparés à autant de troncs d'arbres, et les seconds à de simples plantes grimpantes entourant ces troncs de toutes parts. Les lacunes représentent les feuilles de ces plantes grimpantes. Lorsqu'on examine une préparation au moment où elle vient d'être immergée dans le réactif destiné à faire apparaître ces lacunes, on n'aperçoit d'abord que le capillaire sanguin avec lequel elles se trouvent en rapport ; puis sous l'influence du réactif, quelques lacunes apparaissent çà et là : la surface du capillaire sanguin disparaît alors au niveau de chacune d'elles en prenant un aspect constellé ; bientôt elles se montrent en plus grand nombre et, à mesure qu'elles se multiplient, le capillaire devient de moins en moins visible, puis ne tarde pas à disparaître, tandis que le réseau des lacunes, devient de plus en plus apparent. Pendant cette apparition successive des premiers linéaments du système lymphatique, il y a donc un moment où l'observateur distingue à la fois les deux ordres de vaisseaux et se trouve, par conséquent, dans les meilleures conditions pour constater s'ils communiquent. Or, dans ces conditions si favorables, il ne m'a jamais été possible d'entrevoir entre les uns et les autres la moindre communication. Me basant aujourd'hui sur ces faits nouveaux et précis, et non plus de simples inductions, je conclus qu'il n'y a pas lieu d'admettre cette communication ; les vaisseaux lymphatiques à leur origine sont partout hermétiquement clos. Le plasma sanguin pénètre dans leurs premières radicules par voie de simple transsudations ou de capillarité, en subissant seulement de légères modifications.

Comment sont constituées ces premières radicules ? Leurs caractères histologiques diffèrent selon que l'on considère le réseau des lacunes et capillicules ou le réseau sous-jacent.

Le réseau superficiel se compose d'un ensemble de cavités, sur les parois desquelles on ne remarque nulle trace de cellules endothéliales ; le nitrate d'argent, qui met si bien en évidence ces cellules sur toutes les autres parties de l'appareil circulatoire, reste sans action aucune sur les capillicules et les lacunes. Leurs parois sont formées par une simple membrane amorphe.

Le réseau collecteur sous-jacent au précédent offre une texture plus complexe. Sur les vaisseaux qui le composent, on observe des cellules endothéliales dont l'argentation permet facilement de constater l'existence ; ces cellules forment une lame continue qui revêt la surface interne de la membrane propre ou amorphe. Les parois des vaisseaux sous-papillaires ou collecteurs se composent donc de deux couches, l'une et l'autre très distinctes.

A ces deux couches quelques fibres musculaires lisses viennent-elles se surajouter ? Il ne m'a pas été donné d'en voir le moindre vestige ; et comme mes observations sur ce point ont été souvent répétées, et toujours avec le même résultat négatif, je me crois suffisamment autorisé à déclarer que tous les vaisseaux lymphatiques à leur origine, et même à une grande distance de cette origine, en sont absolument dépourvus.

COURRIER

Concours pour le clinicat. — L'arrêté en date du 30 juin 1880, réglant les concours pour les emplois de chef et aides de clinique à la Faculté de médecine de Paris, est modifié ainsi qu'il suit, dans les articles ci-après désignés :

Article premier. — A chacune des chaires de clinique médicale et obstétricale sont attachés un chef de clinique et quatre aides de clinique, qui sont à la disposition du professeur pour les soins à donner aux malades ainsi que pour les besoins du service et de l'enseignement.

Un chef de clinique et des aides de clinique sont également attachés à chacune des chaires suivantes : 1° de clinique des maladies des enfants ; 2° des maladies cutanées et syphilitiques ; 3° des maladies du système nerveux ; 4° ophthalmologique ; 5° des maladies mentales.

Art. 4. — Le nombre de places mises au concours est de deux tous les ans pour la clinique médicale et de une tous les deux ans pour chacune des cliniques suivantes : 1° obstétricale ; 2° maladies des enfants ; 3° maladies cutanées et syphilitiques ; 4° maladies du système nerveux ; 5° ophthalmologique ; 6° maladies mentales.

Art. 8. — Les jurys de concours sont composés de cinq professeurs, savoir :

1° Pour la place de chef de clinique médicale :

Deux des professeurs de clinique médicale désignés par le sort ; les deux professeurs de

pathologie interne; un professeur désigné par le sort parmi les titulaires des trois chaires de pathologie et thérapeutique générales, anatomie pathologique et thérapeutique.

Lorsque le concours a lieu pour la place de chef de clinique des maladies des enfants, le jury est complété par l'adjonction du professeur de la chaire de clinique des maladies des enfants.

Lorsque le concours a lieu pour la place de chef de clinique des maladies cuténées et syphilitiques, le jury est complété par l'adjonction du professeur de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Lorsque le concours a lieu pour la place de chef de clinique des maladies du système nerveux, le jury est complété par l'adjonction du professeur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux.

ART. 9. — Les épreuves du concours sont de denx ordres : les unes éliminatoire, communes à tous les candidats; les autres définitives, auxquelles sont admis deux candidats seulement pour chaque place mise au concours.

Pour les places de chef de clinique médicale des maladies des enfants, des maladies cutanées et syphilitiques et des maladies du système nerveux, les épreuves éliminatoires comprennent :

1° Une leçon clinique d'un quart d'heure de durée sur un seul malade, après dix minutes d'examen ;

2° Une dissertation orale d'un quart d'heure de durée sur un sujet d'anatomie parhologique, après examen anatomique, micrographique ou clinique.

L'épreuve définitive réservée aux candidats aux emplois de chef de clinique médicale se compose :

D'une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades, après dix minutes d'examen pour chacun, avec la faculté de se borner pour l'un des deux à l'énonciation sommaire du diagnostic et du traitement.

L'épreuve définitive imposée aux candidats admissibles pour le clinicat des maladies des enfants, des maladies cutanées et syphilitique et des maladies du système nerveux se compose :

1° Pour les maladies des enfants, d'une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades choisis dans le service des maladies des enfants, après dix minutes d'examen pour chacun, avec la faculté de se borner pour l'énonciation sommaire du diagnostic et du traitement;

2° Pour les maladies cutanées et syphilitiques, d'une leçon de vingt minutes de durée sur deux malades choisis dans le service de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, après dix minutes d'examen, avec la faculté de se borner pour l'un deux à l'énonciation sommaire du diagnostic et du traitement;

3° Pour les maladies du système nerveux, d'une leçon de vingt minutes de durée sur deux malades choisis dans le service de clinique des maladies du système nerveux, après dix minutes d'examen, avec la faculté de se borner pour l'un d'eux à l'énonciation sommaire du diagnostic et du traitement.

CONCOURS. — Concours public pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le lundi 6 août 1883, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire, au secrétariat général de l'administration, à partir du samedi 30 juin jusqu'au lundi 16 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

HOSPICE DE SAINT-DENIS. — Une place d'interne est actuellement vacante à l'hôpital-hospice civil de Saint-Denis (Seine). Les étudiants en médecine qui désireraient postuler pour cette position sont invités à se faire inscrire à l'économat de cet hôpital, de ce jour au 21 juin 1883. Il est indispensable, pour les candidats, d'avoir passé un examen de doctorat.

L'interne qui sera nommé recevra un traitement annuel de 500 francs; il sera, de plus, logé, nourri, chauffé et éclairé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du samedi 9 juin 1883, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : M. Ladreit de Lacharrière : Note sur un traitement spécial de la teigne. — M. Duroziez : Rétrécissement de la tricuspide. — Communications diverses.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

Hospice de la Salpêtrière. — M. LEGRAND DU SAULLE.

LE DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS (1).

Leçon clinique recueillie par M. G. CRESPIN, interne des hôpitaux.

Les conceptions délirantes qui peuvent coexister avec les idées de persécution sont principalement les préoccupations hypocondriques, les craintes d'empoisonnement et les idées de grandeur.

L'hypocondrie est une véritable aberration de l'intelligence, qui porte l'individu à considérer comme des maladies graves toutes les sensations réelles ou imaginaires qu'il éprouve. Vous rencontrerez tous les jours dans le monde des gens très intelligents qui vous parleront de leur maladie de cœur ou de leur cancer de l'estomac ; d'autres vous diront qu'ils ont la pierre ou le diabète ; quelques-uns vous confieront qu'ils redoutent d'avoir la syphilis. Jusque-là ces hypocondriaques ne sont pas des aliénés; mais il arrive quelquefois que le délire s'organise autour des craintes morbides dont nous venons de parler, et l'on ne tarde pas à voir apparaître des illusions et des hallucinations. L'hypocondriaque qui tout à l'heure raisonnait avec justesse, va maintenant donner à ses souffrances une explication surnaturelle. Il peut alors devenir très dangereux pour son médecin, car ses préoccupations augmentant, il l'accusera de lui donner de mauvais remèdes et de vouloir l'empoisonner. Un homme de 42 ans tira un jour deux coups de pistolet sur le docteur Bleynie, à Paris, parce que, pour le guérir d'une *fraîcheur d'intestins*, ce médecin lui avait ordonné des bains chauds qui auraient aggravé considérablement son état.

Les hypocondriaques persécutés n'entendent pas seulement des voix qui viennent du dehors, mais ils rapportent parfois à l'épigastre le siège des voix qu'ils entendent. Tel est le cas de Bétinat, malade qui répondait constamment à mes interrogations, *qu'il avait son secret et que sa voix parlante au creux de l'estomac le mettait au courant de tout.*—Une hallucinée, que j'ai observée à Charenton, croyait avoir dans l'intestin un tænia qui empruntait la voix de son frère. — Une malade de notre service, que vous allez pouvoir examiner, vous dira qu'elle entend une perdrix qui lui parle dans l'abdomen. — Pinel rapporte qu'une aliénée hypocondriaque prétendait avoir dans le *ventre un ressort auquel aboutissaient toutes les fibres de son corps. « Je pense par le ventre,* » disait-elle.

M. Baillarger a tenté d'expliquer ces phénomènes étranges : « Si on suppose, dit-il, la concentration de la sensibilité dans la région épigastrique, et si on admet que l'halluciné prononce réellement des paroles la bouche fermée comme le font les ventriloques, on pourra comprendre ces sortes d'hallucinations, en se rappelant que le malade a perdu la conscience que tout cela vient de lui. » Quoi qu'il en soit de l'explication, Messieurs, vous n'oublierez pas de rechercher ce phénomène, quand vous vous trouverez en présence d'un hypocondriaque.

Une des préoccupations hypocondriaques les plus cruelles pour un persécuté est celle qu'il éprouve d'être empoisonné. En effet, sans cesse préoccupé de la qualité de ses aliments, il se livre à l'examen continuel de tous les mets qu'on lui apporte; bientôt il va faire lui-même ses achats, change sans cesse de fournisseurs. Quelques-uns vont de restaurant en restaurant dans des quartiers où personne ne les

(1) Voir le numéro l'UNION MÉDICALE du 7 juin.

connaît. Ce sont ces malades qui écrivent au préfet de police pour lui signaler tel ou tel fournisseur qu'ils accusent d'être un empoisonneur. Lorsqu'ils n'auront plus la force de résister à tant de soucis, les persécutés finiront par abandonner pays et famille pour commencer une vie agitée qui se terminera souvent par le crime. Le persécuté n'est pas seulement empoisonné dans ses aliments et ses boissons, il l'est encore par « des odeurs malsaines, des gaz asphyxiants, des poudres invisibles. » Il explique que tous ces gaz pénètrent par le plafond, le trou de la serrure, la cheminée; aussi voit-on ces malades boucher hermétiquement toutes les issues, alors qu'ils couchent le fenêtre ouverte. Ces aliénés traînent donc la vie la plus misérable : ils en arrivent à ne plus vouloir se nourrir, et on est obligé de recourir à l'alimentation forcée.

X..., voyageur de commerce, 36 ans, fils d'un régicide, est un bel exemple de persécuté présentant des craintes d'empoisonnement. On l'arrêta un jour en train de manger des pommes dans la rue; il avait sur lui 3,000 francs et un revolver. Lorsque je l'interrogeai, il m'apprit qu'il avait à subir tous *les procédés des Philippins* à cause de l'affaire de son père. On l'a, dit-il, empoisonné plusieurs fois; aussi ne mange-t-il jamais deux jours de suite chez le même traiteur. N'osant plus aller nulle part, il a acheté des pommes pour ne pas mourir de faim. Continuellement harcelé par « *les rousssards à bobines magnétiques, les mécréants de la Philipperie* », il est obligé de porter un revolver pour se défendre. Il ne s'inquiète pas de ce qu'il fera lorsque les 3,000 francs trouvés sur lui, qui constituent tout son avoir, seront dépensés : la mort ne lui inspire aucune crainte. Depuis cette époque, j'ai reçu sur l'état de ce malade une note du médecin qui le soigne : cette note constate que X... se croit empoisonné avec du nénuphar, avec le nitrate d'argent et la potasse que ses ennemis mettent dans son pain. Il accuse surtout un nommé Sion, de la police, qui le persécute et qu'il ne connaît pas.

Il me reste à vous parler, Messieurs, des idées de grandeur qui, comme les idées hypocondriaques, peuvent compliquer le délire des persécutions. Le malade arrive aux idées de grandeur par un mécanisme très facile à saisir : Après avoir enduré mille hostilités de la part d'ennemis implacables, il se dit que de pareils faits ne peuvent se produire sans l'intervention d'un grand personnage, ministre ou prince. Mais alors, pense-t-il, si mes ennemis sont aussi puissants et aussi acharnés contre moi, quel est donc l'intérêt qui les guide ? Et bientôt vous verrez cet homme venir vous dire : « Non, je ne suis pas un être ignoré et obscur; on cherche à me nuire parce que je porte ombrage à quelqu'un qui a dû voler mon nom et ma fortune. » Si le malade est un enfant naturel, il se persuadera bien plus facilement encore qu'il appartient à une famille illustre. Voilà comment, d'enchaînement en enchaînement, il arrive à ses affirmations de substitution d'enfant ou de dilapidation de fortune. Quelquefois alors des avocats éminents peuvent accepter la défense du malade, car celui-ci a le soin de présenter des pièces fausses qui donnent de la vraisemblance à ses dires. J'ai pu, grâce à un examen minutieux, empêcher deux ou trois mystifications de ce genre.

M. T..., homme de lettres, est halluciné, et il attribue les souffrances qu'il éprouve à un ennemi redoutable qui ne peut être que le chef du gouvernement. Et si Louis-Philippe le poursuit ainsi, c'est parce qu'il est le fils de Napoléon Ier, le duc de Reichstadt.

Un exemple frappant d'idées de grandeur, associées aux idées de persécution, vous est fourni par notre malade P..., que je vais faire venir devant vous. Cette femme se prétend la fille de Napoléon III et de Marie-Louise : elle assure qu'elle a été déposée dans la voiture de Napoléon le jour de son mariage. « Napoléon, dit-elle, n'est pas mort ; il existe pour sa fille. » Des *gens invisibles* viennent l'accuser pendant son sommeil ; des *voix* l'injurient et l'*empêchent de penser*. Elle ne peut aller nulle part, sans qu'aussitôt *une affiche* ne prévienne les habitants de son passage ; on dit partout : « *Tiens, voilà la fille de l'empereur !* » Chose très rare, elle se croit protégée par la gendarmerie, « *évidemment par ordre de Napoléon III.* » Elle

demande sans cesse à quitter la France, et très souvent m'adresse des lettres pour le parquet ou le préfet de police.

J'ai essayé, Messieurs, de vous exposer jusqu'ici les principaux symptômes du délire des persécutions, qu'il soit simple ou accompagné d'autres conceptions délirantes, et j'espère que les observations relatées chemin faisant, fixeront dans votre esprit tous les faits cliniques que je vous ai signalés. Avant d'entrer plus avant dans la question, je veux m'arrêter un instant sur la fréquence et sur l'étiologie du délire, car les causes productrices de cette vésanie ont parfois une grande importance au point de vue des actes criminels qui pourront s'observer plus tard.

On rencontre à Paris de 520 à 530 persécutés par an environ ; j'estime qu'il y a un persécuté sur six aliénés. Ce délire est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Chez ce dernier, il se montre principalement de trente à quarante ans, c'est-à-dire au moment où l'activité cérébrale est dans tout son essor, au moment des grandes luttes de la vie et des émotions les plus vives. Chez la femme, la plus grande fréquence du délire s'observe un peu plus tard, de quarante à cinquante ans, c'est-à-dire vers l'âge critique, l'âge où apparaissent tant de troubles, aussi bien somatiques que psychiques. La moitié des hommes que j'ai vus vivaient dans le célibat; la moitié des femmes étaient veuves : l'état de mariage est donc loin de favoriser le développement du délire.

Quant à la question d'hérédité, il est bien difficile de la résoudre, les familles étant rarement de bonne foi dans leurs rapports, malgré l'intérêt qu'elles auraient parfois à se confier à leur médecin. C'est plutôt en causant avec le malade que vous parviendrez à connaître une partie de la vérité. Je crois que l'hérédité se rencontre bien plus fréquemment qu'on ne le dit, et je pense que sur cent malades, vous en trouverez trente environ présentant des antécédents héréditaires.

En dehors des influences héréditaires, les causes les plus ordinaires du délire des persécutions sont les chagrins prolongés, les pratiques religieuses exagérées, les procès, l'emprisonnement. Nous devons encore citer l'éducation vicieuse, l'onanisme, les pertes séminales, la syphilis. Cette dernière maladie est, en effet, une des causes prédisposantes les plus souvent invoquées : elle laisse sur les esprits faibles une impression tellement pénible qu'elle occasionne des préoccupations incessantes. Le malade ne tremble pas seulement pour lui, mais il craint pour sa femme et ses enfants; il a été traité pour la syphilis il y a vingt ans, et le mot mercure revient constamment à son oreille. Des voix viennent lui crier : « On sait tout... pourri... tu l'as.» Ayant entendu dire que le mercure fait tomber les cheveux, les dents, il se croit empoisonné, et alors commencent à germer chez cet homme des idées de représailles contre le médecin, auteur du prétendu empoisonnement.

Il y a quelques années, un médecin du département de la Meuse fut assassiné par un persécuté auquel il avait prescrit du mercure dix ans auparavant.—En 1869, je fus chargé d'examiner un ancien ouvrier tonnelier de la Côte-d'Or, arrêté au palais de Compiègne, où il était entré on ne sait comment. Cet homme, qui avait été garçon de café à Paris, s'était très vivement frappé des accidents syphilitiques qu'il avait contractés, et de retour dans son pays, les mots de syphilis, de mercure, revenaient constamment à son oreille. Bientôt le fardeau fut trop lourd à porter; il résolut d'en finir en allant tuer le docteur B..., à Dijon, qu'il accusait d'avoir causé tous ses maux. Ne l'ayant pas rencontré, il prit le parti de se diriger sur Compiègne et de tuer l'empereur qui ne voulait pas le protéger.

L'homme prédisposé au délire des persécutions ne doit pas avoir une tache dans sa vie, car cette tache pourra être la cause occasionnelle du délire qui se produira chez lui.

Il y a trente ans, un jeune homme dérobait dans un grand restaurant une petite cuiller d'argent. Depuis ce jour, il se reprocha constamment son vol, et, trente ans après, il entendait des voix qui venaient l'accuser. Ce persécuté vient de finir par le suicide.

En 1876, à Moulins, un brigadier forestier, de 47 ans, tirait sur un vieillard à bout portant et le tuait. Voilà ce qui s'était passé : cet homme se trouvait à l'âge de

14 ans dans la même maison qu'un domestique alors âgé d'une quarantaine d'années, qui lui avait fait prendre des habitudes de masturbation et un jour l'avait *sodomisé*. Humilié de cette souillure, le jeune homme, à partir de ce moment, ne parla plus au domestique, et pendant trente-deux ans conserva contre lui des sentiments de haine. Quelque temps avant le crime, le brigadier forestier ne pouvait aller nulle part sans être insulté par des voix qui lui criaient : « *Voilà le sodomisé.* » Pour les éviter, il décrivait des circuits, passait par des rues désertes ou faisait le tour de la ville, mais les voix ne tardaient pas à retrouver sa trace. Persuadé qu'il aurait à se défendre contre les gens qui l'insultaient, il ne sortit bientôt plus qu'avec un révolver et une cuirasse en fer-blanc. Un jour qu'il venait d'être insulté comme d'habitude, il rencontra sur une promenade l'ancien domestique, alors vieillard de 79 ans; soudain ses sentiments de vengeance se réveillèrent; sans hésiter, il tira plusieurs coups de revolver sur le vieillard, et alla se constituer prisonnier. Et, chose remarquable, à partir de ce moment l'hallucination a complètement disparu. Très récemment, le ministre de l'intérieur a demandé un rapport à M. le docteur Foville sur l'état mental de cet homme. L'autorité n'a pas encore pris de décision. Le malade sera-t-il rendu à la liberté ?

Le fait d'être un enfant naturel prédispose également beaucoup au délire des persécutions, car on comprend facilement combien les malades doivent avoir de préoccupations sur l'illégitimité de leur naissance. J'ai connu un avocat qui était obsédé par cette idée qu'il était le fils d'une cuisinière et d'un conseiller de préfecture.

Enfin le séjour dans les grandes villes est encore une cause adjuvante, car c'est surtout à Paris et dans les grands centres que s'observent les privations, la misère et les catastrophes qui conduisent si souvent au délire.

Maintenant, Messieurs, que je vous ai montré toute l'importance de l'étiologie du délire des persécutions, je vais aborder immédiatement l'étude de la marche et des terminaisons. (*A suivre.*)

CHRONIQUE

La vivisection au Collège de France. — Le mardi 22 mai une scène de violence antivivisectionniste a eu lieu à l'amphithéâtre de M. Brown-Séquard au collège de France. Cet incident a été diversement et inexactement raconté par les journaux. Voici la vérité à cet égard.

Vers la fin de son cours pratique, M. Brown-Séquard avait commencé une série de leçons expérimentales pour montrer les faits nouveaux dont il avait parlé précédemment. On sait qu'il a découvert qu'une analgésie générale (sans perte de la sensibilité tactile) peut être produite par l'irritation de la muqueuse laryngée par de l'acide carbonique ou des vapeurs de chloroforme, alors que par certaines précautions on évite l'entrée de ces substances dans les poumons. Il se préparait à faire l'examen de la sensibilité chez un petit singe qui avait été soumis trois jours auparavant à une expérience de cet ordre. Mais quelques minutes avant la leçon, il voulait couper les fils d'une plaie voisine du larynx chez ce singe, lorsqu'une jeune dame lui donna un coup d'ombrelle sur les doigts. Priée de vouloir bien se retirer, cette dame refusa de le faire, déclarant qu'en vertu de la loi Grammont, elle avait le droit d'empêcher toute cruauté contre un animal dans un *endroit public*. Le professeur ayant recommencé son opération, la dame essaya de nouveau de le frapper, mais, cette fois, son ombrelle lui fut arrachée avant que le coup fut donné. On fit venir un agent de police qui la mena chez le commissaire du quartier, où une plainte fut introduite contre elle par deux des témoins de la scène.

On a dit que M. Brown-Séquard voulait couper les cordes vocales pour empêcher les *cris effroyables de la pauvre bête*. Il se serait bien gardé de faire cette opération, puisqu'il s'agissait précisément de s'assurer de la sensibilité du singe qui, du reste, n'a nullement crié, malgré le retour de cette propriété. La question à résoudre était de savoir si l'analgésie par l'acide carbonique, qui chez le singe dure au moins 24 heures à la suite de l'irritation de la muqueuse laryngée, durait encore après trois jours. La sensibilité était revenue, ainsi que nous venons de le dire.

Cet incident devait avoir une contre-partie, et en effet, le mardi suivant, M. Brown-Séquard

avait pris pour sujet de sa leçon : *de l'utilité des vivisections*. L'amphithéâtre était devenu trop petit pour contenir les auditeurs, et c'est devant ce public d'élite que le professeur a développé son sujet, sans d'autres interruptions que des applaudissements répétés et des preuves évidentes de la plus vive sympathie (*Gazette hebdomadaire*).

Influence de l'opium et du haschich sur la criminalité à l'île Maurice. — D'après M. le docteur Pellereau, la race chinoise constitue une partie considérable de la population ouvrière de cette île; en même temps qu'elle y conserve sa sobriété et son aptitude au travail, elle n'y apporte que trop souvent, comme un témoignage de son origne, une passion effrénée pour l'opium.

L'abus de ce poison, en fumée, rend les yeux ternes et éteints, la physionomie hâve et fatiguée; à l'hébétude des traits, à la maigreur du corps, au caractère chancelant de la marche, on reconnaît ceux qui en font usage; en outre, ils deviennent sujets à des hallucinations variées qui se terminent souvent par l'homicide. « C'est ainsi, dit M. Pellereau, que nous avons été appelé comme expert médical dans une affaire où un Chinois, grand fumeur d'opium et charcutier, se leva subitement et saisit un couteau, avec lequel il trancha le cou de son camarade, croyant tuer un porc pour le débit du lendemain. L'enquête ne révéla aucun soupçon. D'un autre côté, il n'est pas rare de voir des criminels, avertis que l'opium donne lieu à des hallucinations, s'en emparer comme moyen de défense et prétendre avoir agi sous l'influence de cette substance. Dans ce cas, il est facile au médecin légiste, en se mettant au courant de l'acte commis, de reconnaître la vérité et d'éclairer la justice. »

Un autre abus analogue dans ses résultats sociaux consiste à fumer des fleurs de *Cannabis indica* (haschich) dans de petits cylindres de terre cuite. Ce sont les Indiens et les créoles qui s'intoxiquent de cette manière.

« Le fumeur de gunjah (tel est le nom donné à la drogue en question) a les yeux cerclés, brillants et humides. Sous l'empire d'une surexcitation morale et physique, il parle beaucoup et avec animation. Ses gestes sont vifs et sa parole saccadée. D'un caractère querelleur et agressif, il devient souvent dangereux lorsque la stimulation provoquée par le poison est poussé jusqu'à ses dernières limites. Sous son influence, il lui arrive alors de voler ou de tuer; nos prisons regorgent d'individus de cette espèce. (*Annales d'hygiène et de médecine légale*; mars 1883.)

La mortalité en Hollande en 1881. — Sur 4,060,500 habitants, 75,447 sont morts, soit 23,51 pour 1,000, proportion de peu supérieure à celle de la France, où, de 1872 à 1876, elle a varié de 21,7 à 23,3. Mais, parmi les 11 provinces de la Hollande, la mortalité proportionnelle a varié de 19,51 pour 1,000 en Frise, à 25,88 dans la Hollande du sud.

Pour les enfants, sur 100 décédés, on en compte 27,22 de 0 à 1 an, tandis qu'en France, on n'en compte que 19,15, soit une différence de plus d'un quart.

Dans la mortalité générale, 16,966 décès sont attribués à la faiblesse congénitale, au marasme sénile, à la consomption; 13,578 sont déterminés par la tuberculose pulmonaire et autres affections chroniques des organes respiratoires; — 9,814 par les affections aiguës de ces mêmes organes; — 13,113 par apoplexies, maladies cérébrales, convulsions, épilepsie, *delirium tremens*, aliénation mentale; — 6,679 par choléra, dysentérie, affections aiguës des organes digestifs; — 2,353 par cancers, dont pourrait être rapprochée une grande partie des 2,942 décès par maladies chroniques des voies digestives; — 1,964 par typhus, flèvres typhoïdes, fièvres continues; — 1,626 par coqueluche; — 7,517 par maladies des voies urinaires; — 874 par rougeole; — 803 par croup et angine diphthéritique; 400 par scarlatine; — 75 par variole, etc.

On ne peut comparer la fréquence relative des causes de mort en Hollande et en France, car pour notre pays, si nous avons des documents sur les causes de mort dans quelques grandes villes, nous en manquons presque complètement relativement aux campagnes. Néanmoins, on peut remarquer le nombre assez élevé de 1626 décès par coqueluche; la rougeole en a causé 874, soit un peu plus que les 803 décès dûs au croup et à la diphthérie, deux fois plus que les 400 décès dûs à la scarlatine, et onze fois plus que les 75 décès déterminés par la variole (Lagneau, *Revue d'hygiène*, mai 1883, p. 395.)

Note médicale et chirurgicale sur la guerre chilo-péruvienne. — M. le docteur Siciliano a publié à ce sujet un intéressant article dans les *Archives de médecine navale* d'octobre 1882. En voici le résumé :

Dans cette campagne, les Chiliens firent trois expéditions distinctes. Après le combat naval d'Augomes, où succomba la marine péruvienne, la première armée chilienne débarqua à Pisagna, le 28 octobre 1879, et battit le corps allié de Buenda, fort de 11,008 hommes, qui dans sa retraite sur Arica laissa la moitié de son effectif dans le désert. Grâce à leurs nom-

breux transports, et à la ligne du chemin de fer, les Chiliens purent évacuer rapidement leurs blessés sur les hôpitaux d'Autofogasta, Coquinbo et Valparaiso. Maîtres de la province de Tarapaca, ils installèrent des ambulances à la Noria. Bientôt ils éprouvèrent des mécomptes pénibles; presque tous les blessés furent emportés par la pourriture d'hôpital. Il faut dire que ces malheureux avaient été parqués en grand nombre dans les transports non aménagés (dans les cales, sur le pont) et longtemps exposés aux intempéries. De plus, si le matériel d'ambulance chilien était bon, il n'en était pas de même de son personnel médical militaire, composé d'étudiants ou même de simples *praticants*.

Le 25 février 1880, l'armée chilienne débarqua à Parocha et marcha sur Tacna; elle fut alors décimée par la fièvre; le 24 mai, elle battait l'armée alliée et occupait le 5 juin Arica, après un combat sanglant. Les médecins des marines étrangères descendirent pour prêter leur concours; tout manquait; un grand nombre de blessés restèrent plusieurs jours sans soins. Les médecins péruviens, n'ayant pas les moyens de sauver les membres, amputaient quand même, et souvent sans discernement. La pourriture d'hôpital survint, et la mortalité devint effrayante!

Quand la troisième campagne fut décidée, on s'occupa un peu plus du service médical, si négligé jusqu'alors, et à la bataille du 14 janvier 1881, le soir même, tous les blessés Chiliens étaient pansés et installés. De son côté, la municipalité de Lima avait ordonné la création de plusieurs ambulances, mais la charité publique resta sourde aux appels du patriotisme. La ville vendit quelques terrains, dont le prix fut transformé en matériel d'ambulance; c'est ainsi que le palais de l'Exposition fut muni de 1,200 lits, et les médecins des vaisseaux de guerre étrangers prêtèrent leur concours à cette ambulance, où malheureusement les vivres et les médicaments faisaient défaut. (*Revue des sciences médicales*, avril 1883, p. 733.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentation. — Communications : Statistique intégrale du service de chirurgie à l'hôpital de la Charité; — cas de guérison spontanée de la pustule maligne; discussion. — De l'emploi du Jéquirity dans le traitement des granulations conjonctivales.

M. Trélat présente, au nom de M. le docteur Bouloumié, médecin consultant aux eaux de Vittel, une brochure publiée en 1878 et dans laquelle l'auteur appelle l'attention sur les fâcheux effets du traitement des calculeux par les eaux de Vittel.

On se rappelle que dans la dernière séance, M. Verneuil présenta, au nom de M. le docteur Jules Brongniart, médecin consultant aux eaux de Contrexéville, une brochure ayant pour but de démontrer par les faits l'inopportunité du traitement des calculeux par les eaux de Contrexéville avant l'opération. M. Brongniart a réuni dans cette brochure un certain nombre d'observations d'après lesquelles la cure de Contrexéville conseillée par les chirurgiens comme devant servir de préface à l'extraction des calculs, aurait déterminé une excitation défavorable des organes urinaires, des accidents plus ou moins graves et même la mort.

Plusieurs années avant M. Brongniart, M. Bouloumié avait signalé des faits analogues et il revendique pour lui, par la voix de M. Trélat, le mérite de la priorité de cette observation.

M. Trélat présente, en outre, de la part de M. Damalix, interne des hôpitaux, une observation d'opération de hernie inguinale congénitale étranglée, suivie de mort. L'issue malheureuse de l'opération est attribuée par M. Trélat à ce que l'intervention chirurgicale a été trop tardive, et il croit pouvoir formuler comme un axiome la proposition suivante : « Toute hernie inguinale congénitale étranglée doit être réduite ou opérée immédiatement. »

— M. Desprès communique pour la deuxième fois la statistique intégrale de son service à l'hôpital de la Charité pour l'année 1882. L'année dernière, M. Desprès avait communiqué la statistique intégrale de son service pour l'année 1881. Il espère que ses collègues de la Société de chirurgie voudront bien suivre son exemple et donner à leur tour la statistique intégrale de leurs services respectifs. On pourra alors, dit-il, juger en toute connaissance de cause, la valeur des nouvelles méthodes de pansement comparées à la méthode ancienne dont M. Desprès s'applaudit d'être resté l'observateur fidèle et le défenseur convaincu. Sa méthode de pansement, qui est celle des anciens chirurgiens à peine modifiée, consiste dans l'emploi du vulgaire cataplasme de farine de graine de lin, de l'eau légèrement alcoolisée et de l'emplâtre de diachylon. M. Desprès n'a aucun souci des microbes et des agents septiques; plus d'une fois

même, avec une crânerie chirurgicale qui ne s'est pas arrêtée aux frontières du paradoxe, il a poussé le dédain de la méthode antiseptique jusqu'à se vanter de traiter ses blessés et ses opérés par les pansements « sales », et les résultats qu'il a obtenus n'auraient pas été inférieurs à ceux de ses collègues qui suivent les errements de la méthode antiseptique. Plus d'une fois M. Desprès a essayé d'attirer sur le terrain de la statistique intégrale les chirurgiens de la méthode des pansements propres, mais inutilement; ses collègues n'ont pas encore répondu à ses appels réitérés; ils semblent éprouver une certaine répugnance à en venir aux mains avec le champion de l'autre méthode.

— M. Paul Reclus communique une observation de pustule maligne guérie spontanément. Ce cas a été observé par lui sur un jeune garçon de 16 ou 17 ans, employé à la cuisine de l'hospice de Bicêtre. Ce jeune homme avait l'habitude de porter des quartiers de viande sur l'épaule gauche. Dans les premiers jours du mois de janvier dernier, il s'aperçut qu'il avait une petite tumeur à la partie latérale gauche du cou; elle était située à 5 centimètres environ de la ligne médiane, sur la lisière des cheveux, au-dessous de l'oreille gauche. Pendant les deux ou trois premiers jours, il n'éprouva qu'une douleur insignifiante avec un peu de malaise et quelques légers frissons. Il continua son service, se bornant à mettre des cataplasmes sur la tumeur.

Le 6 janvier, M. Reclus vit le malade à l'infirmerie et constata l'existence d'une eschare sèche, noirâtre, légèrement déprimée, entourée d'une auréole inflammatoire de 2 ou 3 centimètres de diamètre, sur laquelle on voyait une couronne contenant de la sérosité citrine.

Les ganglions lymphatiques du côté gauche du cou étaient engorgés et semblaient fusionnés les uns avec les autres.

M. Reclus examina au microscope : 1° le sang provenant de piqûres faites au niveau de l'auréole inflammatoire; 2° le liquide des vésicules; 3° le liquide pris au niveau de l'eschare. Dans aucun de ces liquides on ne trouva de bactéridie. L'examen microscopique fait également par MM. Capitan et Charrin, si compétents pour ces sortes de recherches, fut pareillement négatif. Des ensemencements pratiqués dans des liquides de culture demeurèrent absolument stériles.

Des inoculations faites sur des lapins et des cobayes avec ces divers liquides restèrent toutes sans résultat, sauf sur un petit cobaye qui, inoculé avec le liquide de l'eschare, mourut le deuxième jour après l'inoculation. Le sang de ce cobaye, pris quarante-huit heures après la mort dans le cœur et la rate de l'animal et inoculé à un lapin, fit périr celui-ci en très peu de temps. Le sang de ce lapin examiné au microscope fut trouvé rempli de bactéridies, et toutes les inoculations qui furent pratiquées successivement avec ce même sang amenèrent la mort des animaux dont le sang fut trouvé également rempli de bactéridies charbonneuses.

Il ne saurait donc y avoir, suivant M. Reclus, le moindre doute sur la nature de la tumeur dont le jeune homme était atteint; outre que l'aspect de la tumeur était caractéristique pour tous les médecins qui ayant vu des pustules malignes n'hésitèrent pas à reconnaître cette affection chez le jeune malade, les résultats des inoculations et la constatation de la bactéridie charbonneuse par des observateurs tels que MM. Capitan et Charrin, ne permettent pas de nier qu'il se soit agi, dans ce cas, d'une véritable pustule maligne.

Cette affection peut donc guérir spontanément. La possibilité de cette guérison spontanée, signalée par les anciens auteurs, admise par les auteurs du *Compendium de médecine pratique*, rendue évidente par les observations de M. le docteur Raphaël (de Provins), qui déclare avoir guéri un grand nombre de pustules malignes par l'emploi des préparations de feuilles de noyer, la possibilité de cette guérison spontanée n'est pas douteuse.

Comment la guérison s'est-elle produite dans ce cas? M. Reclus, après avoir émis et rejeté plusieurs hypothèses, se rattache à l'idée que son malade était réfractaire à l'infection charbonneuse, de même que l'on voit des individus absolument réfractaires à l'inoculation et à la contagion d'autres maladies infectieuses ou contagieuses. M. Reclus cite, entre autres, le fait d'une petite fille qui a subi 24 fois sans résultat l'inoculation de la vaccine.

M. Desprès ne conteste pas la possibilité de la guérison spontanée de la pustule maligne; il a constaté deux fois lui-même cette guérison. Mais, dans le cas de M. Reclus, il doute qu'il se soit agi d'une vraie pustule maligne. Ce qui lui inspire ce doute, c'est d'abord le fait de l'engorgement ganglionnaire chez le malade de M. Reclus; jamais dans les cas de pustule maligne qu'il a eu l'occasion d'observer à l'hôpital Cochin (et il en observait en moyenne quatre par an), jamais il n'a vu l'engorgement des ganglions lymphatiques. Ensuite la durée de l'élimination de l'eschare n'est jamais aussi longue que dans l'observation de M. Reclus. Lorsque la pustule maligne doit se terminer par la guérison, l'élimination de l'eschare se fait très rapidement, dès le neuvième jour elle est accomplie.

M. Desprès croit donc pouvoir légitimement mettre en suspicion l'exactitude du diagnostic

dans le cas de M. Reclus; s'il insiste sur ce point, c'est qu'il lui paraît fort dangereux de laisser s'accréditer la croyance à la guérison spontanée de la pustule maligne, et d'inspirer ainsi aux jeunes praticiens une fausse sécurité qui pourrait, dans un cas donné, les détourner des agissements salutaires d'une thérapeutique active et énergique. Il faut, au contraire, faire pénétrer dans tous les esprits, l'idée que la pustule maligne est une maladie dont la guérison spontanée est exceptionnelle, et qu'il est du devoir strict du praticien d'appliquer toujours le traitement classique de cette affection.

Du reste, il faut convenir qu'à Paris la pustule maligne est généralement moins grave qu'à la campagne; les individus qui la contractent sont en général des mégissiers, des tanneurs qui la prennent en travaillant les dépouilles d'animaux morts depuis longtemps et dans lesquelles le virus charbonneux s'est atténué considérablement avec le temps. Il convient de signaler en outre cette particularité que les enfants résistent beaucoup mieux que les adultes à la pustule maligne, comme à beaucoup d'autres maladies.

M. Lucas-Championnière ne voudrait pas laisser passer sans observation la proposition de M. Reclus d'après laquelle le succès du traitement de la pustule maligne par les feuilles de noyer démontrerait de la manière la plus évidente que la pustule maligne peut guérir spontanément sans traitement. Il existe, suivant lui, d'assez nombreux exemples de guérison de la pustule maligne par l'emploi des feuilles de noyer pour qu'on ne doive pas parler à la légère de cette médication ni mettre en doute les propriétés antiseptiques de la feuille de noyer et du brou de noix. Un médecin russe, le docteur Jarnowski (?), a réuni dans un travail admirablement fait un nombre considérable d'observations (63), de guérison de pustules malignes. D'après ce mémoire, la pustule maligne a moins de gravité lorsqu'elle a son siège sur les membres que lorsqu'elle existe à la face; c'est dans les cas de pustule maligne des membres que l'on compte le plus grand nombre de guérisons spontanées.

M. Lucas-Championnière ne partage pas l'opinion de M. Desprès relativement à l'absence d'engorgement ganglionnaire dans la pustule maligne; il croit, au contraire, que l'engorgement des ganglions est un élément de la maladie. Quant à la chute de l'eschare vers le neuvième jour, dans les cas qui doivent se terminer par la guérison, M. Lucas-Championnière pense que M. Desprès est beaucoup trop affirmatif sur ce point.

Enfin, il n'est pas du tout admis, comme l'assure M. Desprès, que la pustule maligne est moins grave à Paris qu'en province; c'est le contraire qui serait vrai, d'après la généralité des auteurs qui ont écrit sur la pustule maligne. D'après les observations de M. Lucas-Championnière, la pustule maligne serait plus rare à Paris, mais elle y serait plus grave. Il a vu succomber en vingt-quatre heures une jeune femme atteinte de pustule maligne, et les animaux qui ont été inoculés avec le sang de cette femme ont tous succombé très rapidement.

M. Pozzi a observé deux faits qui confirment l'observation communiquée par M. Reclus. Le premier de ces faits a été observé à l'hôpital Necher; le malade soumis à l'emploi de la décoction de feuilles de noyer a guéri soit par l'influence de cette médication, soit spontanément.

M. Pozzi a observé un second exemple de pustule maligne à l'hôpital Cochin, il y a un an, et le malade guérit également par l'usage de la décoction de feuilles de noyer. A l'entrée du malade à l'hôpital, M. Pozzi eut l'idée d'examiner immédiatement au microscope le sang extrait par une piqûre du bout du doigt; ce sang ne contenait aucun microbe. Cet examen fait également par M. Siredey, chef du laboratoire d'histologie à Clamart, fut aussi négatif.

Ces deux faits semblent prouver qu'il existe des pustules malignes *bénignes*, si l'on peut ainsi dire, et qui évoluent spontanément vers la guérison; il se pourrait, d'après M. Pozzi, que la bénignité de la maladie fût en rapport avec l'absence de la bactéridie charbonneuse dans le sang des malades ou dans les liquides soit des vésicules, soit de l'eschare. Le cas de M. Reclus paraît devoir être interprété dans ce sens.

En résumé, on peut se demander si la présence ou l'absence de la bactéridie charbonneuse dans les liquides de la pustule maligne ne serait pas symptomatique, la première du charbon grave évoluant vers la mort, la seconde du charbon bénin évoluant vers la guérison spontanée.

M. Terrier fait observer que, dans cette question, c'est la partie expérimentale qu'il convient d'étudier avec le plus grand soin; il serait important de savoir si, dans le cas de M. Reclus, c'est la bactéridie charbonneuse que l'on a inoculée au cobaye ou si ce n'est pas plutôt le vibrion de la septicémie. Ce sont là des points spéciaux qui ne peuvent être mis en lumière que par des observateurs spéciaux ayant l'habitude de ces sortes de recherches délicates.

M. Marc Sée partage l'avis de MM. Pozzi et Terrier sur ce point; il serait disposé à penser

que le cobaye dont le sang a été inoculé quarante-huit heures après la mort était septicémique, et que les animaux inoculés sont morts de la septicémie et non pas du charbon. Il y a là un fait analogue à celui qui est l'objet de la célèbre discussion entre M. Pasteur et les vétérinaires de l'Ecole de Turin. Il faudrait montrer très nettement que le sang du cobaye qui a fourni la matière des inoculations quarante-huit heures après sa mort contenait bien la bactéridie charbonneuse et non les microbes de la septicémie.

M. Reclus est d'avis, comme ses collègues, que la partie expérimentale doit dominer la partie clinique dans son observation. Or, l'expérimentation ne donne pas toujours des résultats identiques. Dans le sang des animaux charbonneux qui servent aux inoculations après leur mort, c'est tantôt la bactéridie charbonneuse qui a le dessus sur le microbe de la septicémie, et tantôt le microbe de la septicémie qui a le dessus sur la bactérie charbonneuse. Dans son observation, M. Reclus est fondé à croire que le cobaye qui a servi aux inoculations avait un sang charbonneux et non pas septicémique. C'est, en effet, la bactéridie charbonneuse qui a été constatée dans ce sang par des observateurs tels que MM. Capitan et Charrin, élèves de M. le professeur Bouchard et rompus à ce genre de recherches.

Quant au diagnostic clinique, M. Reclus répète qu'il ne croit pas s'être trompé et que ce même diagnostic a été porté par tous les médecins qui ont examiné le malade.

— M. Terrier communique deux observations de granulations conjonctivales traitées par lui au moyen du jequirity; le malade, qui avait perdu à peu près complètement la vue et ne pouvait plus se conduire, a pu reprendre ses occupations habituelles; dans le second, il y a eu insuccès complet, bien que les conditions de la maladie fussent identiques à celles du premier cas. — A. T.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Addition à la séance du 19 juin 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. le professeur Laboulbène présente au nom de M. G. Bellangé, chef de laboratoire de la Faculté de médecine, une série d'appareils destinés à la mensuration de la capacité pulmonaire, de l'air expiré dans un temps donné et au dosage des gaz de la respiration. Les appareils imaginés par M. Bellangé sont les suivants : 1° une embouchure, 2° un spiromètre, 3° un carbonimètre.

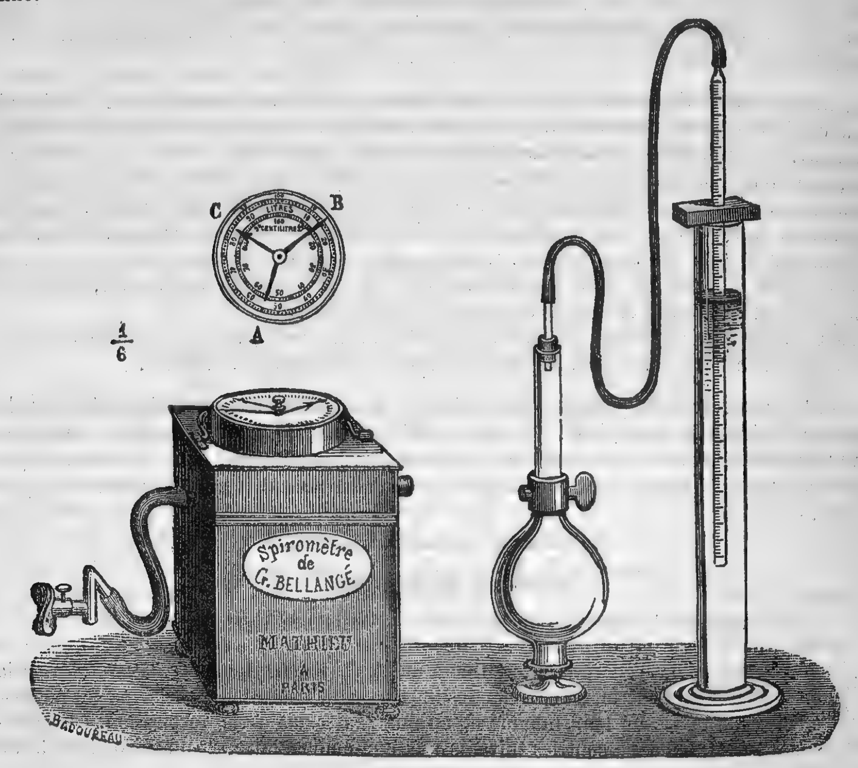
Le but qu'il a cherché avant tout à atteindre c'était d'avoir un appareil clinique qui permît facilement de faire ces recherches dans la salle même de l'hôpital et pour ainsi dire au lit du malade. Jusqu'ici ces recherches ont été avant tout des travaux de laboratoire, et voilà pourquoi elles ne sont pas encore entrées dans l'usage journalier comme l'analyse de l'urée par exemple.

1° L'embouchure se compose de deux lames nickelées dont la plus externe s'applique entre les gencives et les lèvres, et l'autre, qui peut sera pprocher ou s'éloigner à volonté de la première, permet de comprimer les lèvres entre elles, de façon à ce que l'occlusion de l'orifice buccal soit complet sur les côtés, deux soupapes en aluminium très légères sont disposées de telle sorte que l'air inspiré vient du dehors, et l'air expiré peut s'en aller dans le tube en caoutchouc où on veut le diriger.

2° Le spiromètre, construit sur le principe d'un compteur à air, ne contient aucun liquide et peut aussi bien mesurer une inspiration maximum que la quantité totale d'air inspiré dans un temps choisi et sans produire de notable fatigue pour le sujet. Une aiguille marque les divisions du litre; la seconde, les litres; la troisième est extérieure et sert d'index.

3° Le carbonimètre se compose d'un ballon en verre fermé par un bouchon en verre rodé à l'émeri, d'un côté et de l'autre par un robinet qui se continue avec un tube large et de verre épais. Une certaine portion de l'air expiré étant recueilli dans un sac d'une cinquantaine de litres, on adapte ce sac à l'extrémité supérieure du carbonimètre, le robinet étant ouvert et le bouchon incomplètement soulevé par la pression du sac, on déplace l'air primitivement contenu dans le carbonimètre et on le remplace par l'air expiré. Cela fait, on ferme le robinet, on applique le bouchon d'une façon hermétique et on verse une solution de potasse dans le tube supérieur, on ferme au moyen d'un bouchon de caoutchouc traversé par un tube en verre, relié à un tube gradué, plongeant dans une éprouvette à pied remplie d'eau aux trois quarts. Les choses étant ainsi disposées et le 0 du tube gradué affleurant au niveau supérieur de l'eau dans l'éprouvette, il suffit de tourner le robinet de verre, la potasse descend dans le ballon, absorbe l'acide carbonique et le vide se traduit par l'élévation de l'eau dans le tube ; il suffit d'abaisser ce tube pour que le niveau soit le même à l'intérieur et à l'extérieur, et la graduation fera connaître la quantité d'acide carbonique absorbée; la capacité du ballon a

été déterminée une fois pour toutes, et une simple multiplication indiquera la proportion d'acide carbonique contenue dans un litre. En multipliant ce chiffre par le nombre de litres indiqué par le carbonimètre, on connaîtra la quantité totale d'acide exhalé dans un temps donné.



M. le professeur Laboulbène croit que ce spiromètre qui est le plus simple qui ait été construit, ainsi que ce carbonimètre sont appelés à devenir des instruments indispensables au médecin qu'intéresse l'étude clinique des organes de la respiration. Il figurera dans les services de clinique au même rang que l'uréomètre. Ce carbonimètre peut, du reste, servir aussi d'uréomètre en remplaçant la solution de potasse par de l'hypobromite de soude et le tube par un autre gradué en sens inverse.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 15 au 21 juin 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,074. — Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 14. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 33. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 58. — Phthisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchites aiguës, 26. — Pneumonie, 62. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 65; au sein et mixte, 41; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 85 ; circulatoire, 67 ; respiratoire, 68 ; digestif, 44 ; génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 25e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,104 naissances et 1,074 décès.

Le nombre des décès constatés par les précédents Bulletins étaient 1,081, 1,180, 1,158 et 1,247. La mortalité continue donc à être faible à Paris ; elle n'a pas cessé de décroître depui plusieurs semaines.

Voici le résultat de la comparaison entre les chiffres de cette semaine et ceux des précédentes en ce qui concerne les maladies épidémiques :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (36 décès au lieu de 45 et de 52, chiffres de la

24e et de la 23e semaine). Le nombre des admissions dans les hôpitaux pour Fièvre typhoïde est d'ailleurs resté à peu près stationnaire (99 admissions au lieu de 96).

Une aggravation insignifiante pour la scarlatine (5 décès au lieu de 3), et pour la Variole (14 décès au lieu de 8). Ces deux maladies continuent à être rares en ce moment. Le nombre des admissions dans les hôpitaux pour Variole est de 36 au lieu de 38, chiffre de la semaine dernière.

Enfin on constate un état à peu près stationnaire pour la Coqueluche (19 décès au lieu de 21 et de 18) dont le taux mortuaire continue à rester assez élevé. La Diphthérie, au contraire, continue à faire assez peu de victimes (33 décès au lieu de 34, de 39 et de 49). Cette maladie a causé 28 admissions dans les hôpitaux au lieu de 25.

La Rougeole n'augmente pas mais continue à rester fréquente (29 décè au lieu de 31). Nous constatons toujours une épidémie locale de Rougeole dans les quartiers de *la Roquette, Sainte-Marguerite et Quinze-Vingts.*

Les maladies saisonnières sont dans un état assez satisfaisant.

La Bronchite aiguë, qui ne fait guère de victimes que parmi les enfants de moins de 5 ans, compte 26 décès, au lieu de 30, 31 et 43, chiffres de semaines précédentes.

La Pneumonie présente une amélioration très notable (62 décès au lieu de 68 et 71).

Enfin, l'Athrepsie reste à l'état stationnaire (110 décès au lieu de 108).

Le service de statistique a reçu notification de 457 mariages. Parmi les 1,104 naissances enregitrées cette semaine, 800 (plus 65 mort-nés) sont légitimes, et 304 (plus 30 mort-nés) sont illégitimes.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT du 25 au 30 juin 1883.

Lundi 25 et mardi 26, pas de thèses.

Mercredi 27. — M. Bouicli : Des anomalies et des formes frustes de la sclérose en plaques disséminées. (Président, M. Charcot.)

M. Raullet : Essai sur la migraine ophthalmique. (Président, M. Charcot.)

M. Quehen : Du rôle étiologique des traumatismes de la paroi thoracique dans le développement de la phthisie pulmonaire. (Président, M. Verneuil.)

M. Dabeaux : Contribution à l'étude de la phegmatia alba dolens du membre inférieur. (Président, M. Potain.)

M. Lestocquoy : Essai sur la phthisie pulmonaire chez les emphysémateux. (Président, M. Potain.)

Jeudi 28. — M. Arragon : Etude sur les angiomes des muqueuses. (Président. M. Richet.)

M. Lompré (Georges) : Contribution à l'étude des fractures du péroné compliquées de la fracture de la malléole interne. (Président, M. Richet.)

M. Demesse : Du traitement de la pustule maligne par les injections interstitielles de teinture d'iode. (Président, M. Richet.)

M. Mendiondo : Étude clinique sur deux cas de péricardite hémorrhagique. (Président, M. Peter.)

M. Le Breton : Etude sur une variété de tumeur du sterno-mastoïdien dans les accouchements par le siège chez les nouveau-nés. (Président, M. Peter.)

M. Vollière : Erysipèle et fièvre puerpérale. (Président, M. Hardy.)

M. Guillemin : Essai sur la valeur des signes de la guérison chez les aliénés. (Président. M. Ball.)

M. Leviez : De la bronchite fétide et de son traitement par l'hyposulfite de soude. (Président, M. Ball.)

Vendredi 29. — M. Dewèbre : De la fréquence de la tuberculose chez les individus roux. (Président, M. Béclard.)

Collache : Essai sur le traitement de la conjonctivite granuleuse chronique. (Président, M. Béclard.)

M. Lhomme. — Étude expérimentale sur l'action physiologique de la saponine. (Président, M. Hayem.)

Samedi 30. — Pas de thèses.

FORMULAIRE

Traitement de la cystite aigue. — J. Chauvel.

Les émissions sanguines locales, obtenues au moyen de sangsues appliquées à l'hypogastre au périnée ou à l'anus, présentent plus d'avantages que la saignée générale, et peuvent être renouvelées, si on le juge nécessaire. Les bains généraux et prolongés, les cataplames chauds à l'hypogastre et au périnée, les cataplasmes mous dans le rectum produisent également de bons résultats. — Lavements émollients additionnés d'un gramme de chloral, qu'on fera pénéun peu plus haut dans le rectum, à l'aide d'une longue canule de gomme. — Tisane de lin, de chiendent, de bourgeons de sapin. — Si le malade est arthritique ou goutteux, et que l'urine renferme de gros cristaux d'acide urique, les alcalins sont formellement indiqués, et il y a lieu de prescrire les eaux de Vichy, de Vittel, de Contrexéville, les solutions de lithine. — Lorsque la cystité aiguë se complète de rétention d'urine, on introduit dans la vessie, 3 ou 4 fois par jour, une sonde molle à l'aide de laquelle on évacue lentement l'urine, sans la faire écouler entièrement. — N. G.

COURRIER

Bienfaiteurs de l'Association générale des médecins de France. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants :

MM. Brierre de Boismont, legs.............	1,000	francs.
Lunier	200	—
Gallard............................	100	—
Cordès	68	—
Bergeron (Jules), de rente.............	20	—
Constantin Paul, de rente	20	—
Pidoux (la famille du docteur), de rente.	20	—
Burguières..........................	500	—

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 20 juin 1883, M. le docteur Chancerel, adjoint au maire de Caen, professeur à l'Ecole de médecine de cette ville, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Concours de l'agrégation. — Les dernières questions données dans la section de physique et chimie, pour l'épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation, sont : 1° M. Linassier : Des alcaloïdes de l'opium ; 2° M. Bagnéris : La transmission du son à distance ; 3° M. Pouchet : De l'action de l'acide sulfurique sur les composés organiques ; 4° M. Imbert : Des phénomènes d'interférence en acoustique et en optique ; 5° M. Ville : Des alcaloïdes du quinquina ; 6° M. Guébhard : De la phosphorescence et de la fluorescence ; 7° M. Blarez : De l'action du chlore sur les composés organiques ; 8° M. Bergonié : Des divers modes physiques de production des phénomènes de coloration ; 9° M. Doumer : De la tension superficielle et des phénomènes qui en dépendent.

Le mercredi 20 juin 1883, à midi ont commencé les épreuves pratiques : 1° de physique, au laboratoire de physique de l'Ecole pratique, rue Vauquelin ; 2° de chimie, au laboratoire de chimie de la Faculté de médecine.

Les candidats de la section de physique et chimie ont tiré les sujets de thèse suivants : 1° M. Pouchet : Propriétés générales des aldéhydes ; 2° M. Linassier : Histoire des quinines ; 3° M. Ville : Propriétés générales des phénols ; 4° M. Blarez : Histoire des amides ; 5° M. Imbert ; De l'astigmatisme ; 6° M. Doumer : De l'emploi des courants électriques en chirurgie ; 7° M. Bagnéris : De l'emploi des verres correcteurs en ophthalmologie ; 8° M. Guébhard : Des effets des variations de la pression sur l'organisme ; 9° M. Bergonié : Les phénomènes physiques de la phonation.

— Les candidats de la section d'anatomie et physiologie ont eu les questions suivantes pour l'épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation : 1° MM. Wertheimer et Variot : Des milieux transparents de l'œil ; 2° MM. Debierre et Planteau : L'oreille moyenne anatomie et physiologie ; 3° MM. Sadler et Reynier : Les voies biliaires, la bile et ses usages.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DU RÉTRÉCISSEMENT PRIMITIF DE L'ŒSOPHAGE ET DE SON TRAITEMENT.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 13 avril 1883;

Par le Dr M. DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Le rétrécissement de l'œsophage reconnaît comme cause habituelle le cancer ou les cicatrices qui succèdent à l'action d'agents caustiques. Quant au rétrécissement primitif les auteurs n'en parlent point ou mettent son existence en doute. Nous avons eu cependant l'occasion d'observer un fait de rétrécissement de l'œsophage qui nous semble avoir succédé à un ulcère simple de cet organe :

D..., âgé de 54 ans, tanneur, entre à Bicêtre le 18 novembre 1882. Son père est mort à 54 ans du choléra, sa mère est morte de vieillesse à 88 ans. Il a un frère et quatre sœurs vivants et bien portants.

En 1848, D... eut des chancres mous avec des bubons suppurés, et n'eut à la suite aucun signe d'infection syphilitique. En 1870, il fit de grands excès alcooliques, et, depuis cette époque, il n'a cessé d'en commettre et, en dix ans, il eut cinq accès de *delirium tremens.*

Vers le mois de décembre 1870, il éprouva de vives douleurs vers la pointe et aussi vers la partie supérieure du sternum; il avait une grande difficulté à boire et à manger, ces opérations étaient extrêmement douloureuses et accompagnées de regurgitations qui se faisaient bouchées par bouchées, gorgées par gorgées. Les souffrances étaient nulles quand il n'essayait pas de manger.

Le 5 mars 1871, il eut trois vomissements de sang noir; il en rejeta un litre et demi.

Épuisé, ne pouvant plus manger, D... entra le 11 mars à l'hôpital de Provins; on lui passa une sonde en baleine à bout olivaire. A la suite de cette opération, il put manger un peu plus facilement.

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON.

V

M. Vimont a jugé bon de reprendre à son compte l'ancienne allégorie des deux voies qui, selon les moralistes, s'offrent au choix de tout homme à son entrée dans la vie. Il a placé « Hercule entre la Volupté et la Vertu. » Il y aurait beaucoup à dire sur cette thèse, fort controversable, des théoriciens de la destinée. Mais à ne considérer les choses que sous le rapport représentatif, les artistes, au lieu de laisser les lointains dans le vague, devraient s'attacher à faire voir où conduisent les directions entre lesquelles hésitent leurs personnages au départ. La primitive imagerie d'Épinal avait réalisé ce désidératum. Des deux chemins offerts au voyageur symbolique, le difficile, l'escarpé, menait au Paradis; le large, tout droit et facile, conduisait à l'Enfer. On était fixé dès les premiers pas. Il me paraît que M. Vimont n'est pas aussi sûr des résultats, et qu'en somme, il lui reste des doutes à cet égard. Il ne fait pas exception. Mais, peut-être, n'y a-t-il pas même pensé et n'a-t-il eu qu'une seule préoccupation, à savoir : de trouver un prétexte de peindre un héros antique et nu entre deux femmes de caractère opposé. Soit. Bornons-nous donc à remarquer que la peinture est un peu molle, un peu creuse; qu'il y a plus d'intentions indiquées qu'il n'y en a de rendues; mais que le dessin appartient à la bonne école, et, qu'en somme, le tableau, clairement composé, constitue un morceau très louable dans le genre historique, ou plutôt allégorique.

En 1871 et 1872, les vomissements furent fréquents, revenaient tous les deux ou trois jours, étaient formés de sang couleur marc de café.

En 1878, nouveaux vomissements qui durèrent peu. Le malade ignore s'il a eu des selles noires.

D... raconte que, pendant toute cette période de la maladie, il souffrit cruellement de douleurs vives derrière le sternum et entre les deux épaules, que ces douleurs survenaient dès qu'il essayait d'avaler et duraient un quart d'heure ou une demi-heure. Elles n'existaient pas lorsqu'il observait la diète.

D... a dû être sondé à diverses époques, et à plusieurs reprises, à l'hôpital de Provins, à l'hôpital de Nantes, à l'hôpital Necker.

Depuis plusieurs années, le malade ne vomit plus de sang, les douleurs sont peu vives, et il se plaint surtout d'avoir faim, de ne pouvoir manger.

Lorsque D... entre dans notre service, nous constatons l'existence de deux rétrécissements de l'œsophage situés l'un au voisinage du cardia; l'autre, beaucoup plus prononcé, au niveau de la fourchette sternale; ce dernier est beaucoup plus difficile à franchir que le second, et laisse à peine passer une olive de 8 millimètres de diamètre.

Résumant en deux mots l'histoire de notre malade, nous pouvons dire qu'il a un rétrécissement de l'œsophage, et que le début de sa maladie remonte à plus de dix ans. Cette maladie a présenté deux périodes distinctes; la première (jusqu'en 1878) a été caractérisée par des vomissements de sang et une dysphagie due surtout à la douleur; la seconde par une dysphagie due surtout à un rétrécissement qui l'obligeait à se nourrir d'aliments liquides. Dans cette seconde période il se nourrissait de lait et n'avait aucune douleur; s'il prenait des aliments solides et qu'ils ne fussent pas absoluments réduits en bouillie, il les rendait très rapidement par régurgitation.

On ne peut évidemment admettre ici ni un rétrécissement cancéreux, ni un rétrécissement d'origine traumatique, ni même un rétrécissement syphilitique.

Le diagnostic rétrécissement cancéreux n'est pas soutenable, puisqu'il s'agit d'une maladie datant de dix ans. Mais si cette difficulté n'existe pas pour nous, nous devons convenir qu'elle était bien grande pour les médecins qui ont assisté au début des accidents.

Il n'y a eu ni traumatisme, ni ingestion de substance caustique, le malade, qui n'a aucun intérêt à nous tromper, est à cet égard très affirmatif.

La syphilis est plus que douteuse, notre malade a eu un chancre mou avec bu-

---

M. Van Biesbroeck appelle « Heureux » un enfant sans le moindre vêtement, portant sur la tête un paquet d'herbages, et accompagné d'une jeune chèvre qui se dresse pour attraper quelques brindilles du fardeau. Où la scène se pass-t-elle? Dans un paysage de montagnes. Cela n'est guère vraisemblable, car, sous nos climats, on ne va pas nu en montagne; on n'a pas les pieds si propres, ni la peau si blanche. Toutefois, le tableau n'est pas dépourvu de charmes et il se laisse volontiers regarder.

J'ai cru d'abord, en voyant la femme que M. Prouvé nous présente sous le nom de « Jeanne », qu'il s'agissait d'un sujet pathologique. La femme est, à peu de choses près, nue; sa robe, détachée, ne cache que le bas des jambes; elle joue du violon avec fureur, bien qu'elle ait une fracture du poignet droit, et qu'elle doive beaucoup souffrir d'un abcès volumineux qui projette violemment le sein gauche en avant. Quelle est cette Jeanne? Est-ce Jeanne la folle? Je m'en tiens à mon premier sentiment : le cas est pathologique.

Par contre, la « Plumeuse » de M. Sicard peut se vanter de n'avoir rien de maladif. Quelle santé, tudieu! quelle luronne! Je ne conseille pas aux gringalets de son pays de se frotter à elle; avec ses bras robustes et ses fortes mains, elle aurait bientôt fait de les mettre à la raison, et elle les plumerait, si telle était sa fantaisie, comme de simples oisons. Il est difficile d'imaginer une scène plus vraie, un coloris plus puissant, une facture aussi large et aussi magnifique. M. Vollon, à côté, fait une assez piètre figure avec son « Pot-au-Feu », où il n'y ni pot ni feu, mais une manière de chaudron noir peint au couteau d'une façon un peu trop sans gêne. M. Sicard avait déjà, l'année dernière, attiré notre attention. L' « Accident » de voiture, sur un quai couvert de neige, était d'une vérité extraordinaire. Le tableau de cette année est d'un effet plus puissant encore, et plus magistral. Il y a, dans les progrès des jeunes, de quoi nous consoler de la déchéance des anciens; — déchéance qui n'est, nous

bons suppurés; en dehors de cela aucun accident, aucune éruption pouvant faire croire à l'existence d'une infection vénérienne.

L'hypothèse la plus probable nous paraît être celle d'un ulcère simple primitif de l'œsophage, ayant amené un rétrécissement. La première période dysphagie douloureuse correspondait à la période d'ulcération; la seconde, de dysphagie par rétrécissement de la période cicatricielle. Les vomissements noirs tenaient à ce que le sang de l'ulcère pénétrait dans l'estomac, puis altéré par le suc gastrique était rejeté par vomissement. Il se produisait à la première période des crises douloureuses produites par le passage des aliments, crises qui ne se sont plus reproduites à une période ultérieure, lorsqu'il n'existait plus qu'une dysphagie par rétrécissement.

L'ulcère de l'œsophage n'est pas décrit dans les livres classiques, Rokitansky le mentionne, Cruveilhier n'en parle pas, et les observations pour la plupart anciennes peuvent être discutées, peut-être s'agissait-il de tumeurs cancéreuses ulcérées. On ne peut en dire autant des observations rapportées par Quincke (1), dans lesquelles l'autopsie fut faite par Langhans, c'est-à-dire dans des circonstances qui rendent une erreur peu vraisemblable.

Les deux premières observations de Quincke ont trait à des femmes cancéreuses qui, peu de temps avant leur mort, eurent des vomissements noirs; on admit qu'il s'agissait de tumeurs secondaires développées dans l'estomac. A l'autopsie cet organe fut trouvé sain; la partie inférieure de l'œsophage présentait, au contraire, des ulcérations non cancéreuses qui, seules, pouvaient expliquer les hémorrhagies observées.

Pour expliquer ces ulcérations, Quincke admet qu'elles sont dues à une action du suc gastrique sur l'œsophage (*ulceris œsophagi ex digestione*). Il nous paraît difficile d'admettre (surtout quand il s'agit d'ulcères éloignés du cardia) que le suc gastrique pénètre dans l'œsophage et y produise des ulcérations par un processus analogue à celui invoqué pour expliquer l'ulcère de l'estomac. Chez notre malade, la seule cause qui puisse être invoquée est l'alcoolisme, qui s'est traduit par des accidents nerveux d'une grande gravité.

La troisième observation de Quincke est encore plus intéressante pour nous,

(1) Quincke. *Ulcus œsophagi ex digestione.* (*Deutsche Archiv. f. klin. Med.*, t. XXIV. 1879; p. 72.)

---

l'espérons, que transitoire, et nous rassurer, dans tous les cas, sur les destinées de l'art français.

M. Georges Moreau (de Tours) fait partie de la vaillante phalange qui marche en avant, et nous avons plaisir à constater chaque année ce que gagne ce jeune maître en spontanéité et en indépendance. La belle page dans laquelle il nous raconte la bravoure de « Carnot à la bataille de Watignies » occupe, selon toute raison, une des meilleures places du grand salon d'entrée, et soutient avec éclat la tradition de notre grande peinture nationale.

Parmi les anciens, tous ne sont pas d'ailleurs en décadence. Il en est un, M. Mélin, dont le talent semble, au contraire, toujours grandir, et qui reste, sans contestation possible, maître du terrain spécial qu'il a choisi. Le « Chien égaré se réclamant » pourrait être signé des noms les plus illustres en cette spécialité. L'animal est magnifique, admirablement peint, avec des empâtements solides et sans exagération. Le paysage appartient à la meilleure école et il est de toute beauté. On n'a jamais mieux fait.

Je ne voudrais pas quitter les salles de peinture avant d'avoir mentionné deux toiles de modestes dimensions, dues à M. Jean Béraud et qui me semblent d'une excellente couleur. L'une est intitulée : « La Brosserie »; elle est d'une observation juste, très particulière et finement physionomique. Sans les insuffisances du rendu, elle serait tout à fait remarquable; — l'autre est censée représenter « La Prière » et nous montre une petite femme, toute seule dans un coin de chapelle, à genoux si l'on veut, ou plutôt inclinée sur une chaise autant que le lui permet sa toilette sanglée aux jambes, et dont la croupe est surmontée de ce supplément que les Italiennes appellent « tafanar » et que les Parisiennes ont adopté à cause sans doute de son indécence si insolemment provocante. Ces deux tableaux d'intérieur, d'un ton agréable et doux, où la lumière se distribue d'une façon aussi harmonieuse que savante, sont loin d'être sans valeur, et nous paraissent pleins de promesses.

parce qu'il s'agit d'un rétrécissement de l'œsophage, ayant eu vraisemblablement un ulcère simple pour point de départ. Nous la résumons.

Obs. II. — Homme de 50 ans traité un mois, à la clinique de Berne, pour un rétrécissement de l'œsophage. Les signes accusés par le malade, et fournis par le cathétérisme, firent reconnaître l'existence d'un rétrécissement à la hauteur du cardia. En raison de l'âge du sujet, on admit un carcinome de l'œsophage. La déglutition devenant de plus en plus difficile, la cachexie croissante amena la mort du malade.

A l'autopsie, on constata sur la paroi de l'estomac, à 8 centimètres du cardia, l'existence d'une cicatrice linéaire de 3 à 4 centimètres qui plissait la muqueuse. On trouvait une seconde cicatrice dans la partie inférieure de l'œsophage; elle avait une longueur d'un demi-centimètre et avait des prolongements jusque dans l'estomac. La circonférence du rétrécissement était de 1 centimètre environ. Son tissu était blanchâtre, fibreux. Un peu au-dessus, un deuxième rétrécissement, qui paraissait dû à une hypertrophie de la tunique musculaire, atteignait presque le degré du premier. —L'autopsie démontra l'absence de toute altération cancéreuse.

Quincke fait suivre cette observation des réflexions suivantes : « Au lieu d'un carcinome, écrit-il, on trouva dans la partie inférieure de l'œsophage une cicatrice qui dépendait vraisemblablement d'un ulcère antérieur. Le rétrécissement avait amené une hypertrophie de la tunique musculaire qui, jointe à la tuméfaction catarrhale de la muqueuse, avait produit un second rétrécissement..... Si on avait reconnu pendant la vie la nature du rétrécissement, on aurait entrepris la dilation qui, vraisemblablement, eût été suivie de succès. »

Cette dernière réflexion de Quincke nous montre l'importance de la variété du rétrécissement signalée dans notre travail. Dans l'état actuel des choses, un malade présente-t-il un rétrécissement de l'œsophage, s'il n'a point ingéré de substance caustique, on s'empresse de conclure qu'il s'agit d'un rétrécissement cancéreux. Ce diagnostic paraît d'autant plus vraisemblable que le malade a pu rejeter des matières sanglantess, et que par le fait de l'inanition il tombe dans un état cachectique facilement rapporté à la présence d'un cancer. De semblables erreurs ont probablement causé la mort d'un certain nombre de malades.

La difficulté est certaine et nous ne voyons pas d'autre élément diagnostique que la durée de la maladie. Notre malade souffrait depuis plus de dix ans d'un rétrécissement; dans de pareilles circonstances, l'existence d'un cancer n'était plus plausible. Bien plus difficile était la situation du chirurgien de Provins, qui eut à

Nous ne devons nous occuper ici ni des dessins, ni des gravures; cela allongerait trop nos promenades et nous entraînerait plus loin que nous ne voulons aller. Qu'il nous soit permis, toutefois, de signaler à l'attention un maître plein de mérite qui a eu l'inestimable bonheur de retrouver l'art perdu des Eissen et des Moreau, ces *illustrateurs* si fins, si aimables et si savants du XVIIIe siècle.

Qu'on veuille bien regarder les quatre grands dessins et les quatre gravures à l'eau-forte de M. Edmond Hédouin, destinés à une nouvelle édition de luxe de Molière : « Le prologue d'Amphitryon; — Amphitryon; — Les Précieuses ridicules; — L'Avare. » Est-ce que ce ne sont pas des tableaux ravissants, composés avec un esprit, une grâce, un charme infinis? Tous les personnages sont d'une élégance rare; les mains, — cet écueil des plus habiles, — sont partout d'une indication juste et d'une accentuation aussi vigoureuse que spirituelle. Et comme les costumes s'ajustent bien! avec quel goût sûr et facile ils sont disposés! C'est à croire que M. Edmond Hédouin a passé sa vie dans la société raffinée du siècle dernier, et qu'il a porté lui-même l'habit de satin, les nœufs en bouffettes, la culotte courte, l'épée en verrouil et les hauts talons. Tout un monde disparu reprend vie sous son crayon, sa pointe ou son burin, et nous fait songer, non sans quelque regret, aux élégances oubliées.

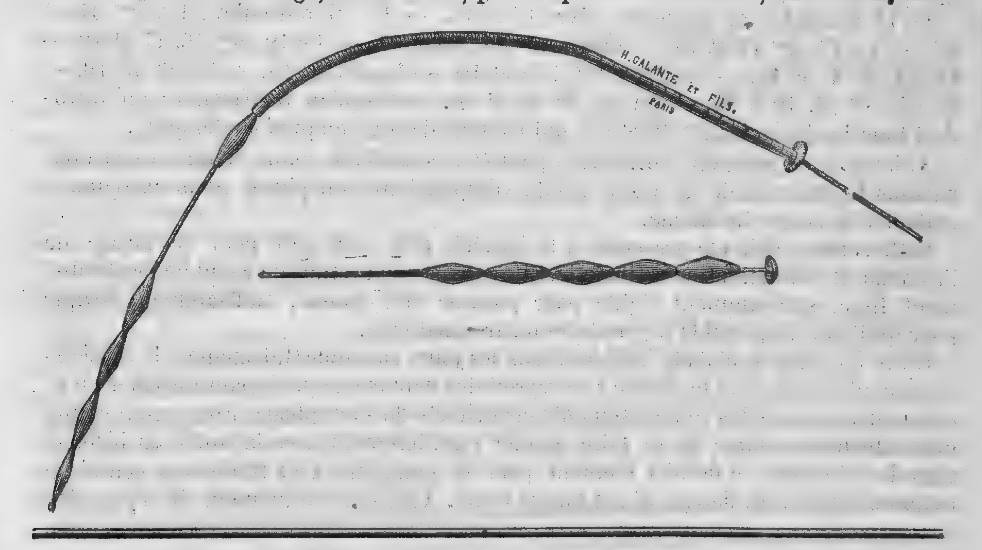
Heureux ceux qui peuvent, comme l'a fait M. le comte de Bullot, poser devant un tel artiste : ils ont, du même coup, un portrait fidèle, un tableau charmant et la satisfaction de penser qu'ils lègueront à leurs descendants un document précieux pour ceux qu'intéresseront peut-être un jour nos mœurs, nos costumes et nos ameublements.

La sculpture, plus sûre de ses voies que la peinture, n'a pas, cette année, fléchi comme cette dernière. Elle maintient haut et ferme sa suprématie sur toutes les écoles des nations

soigner le malade quelques mois après le début des accidents. Ce très distingué confrère (dont nous ignorons le nom) hésita longtemps (au dire du malade), prit l'avis de plusieurs médecins et se décida à pratiquer le cathétérisme, en voyant que le patient était menacé de mourir d'épuisement ; grâce à sa hardiesse, il put sauver le malade.

Lorsque nous avons reçu D... dans notre service, son état était moins grave, il avait dû renoncer à peu près complètement à l'usage des aliments solides quelque soin qu'il prît à les mâcher et se nourrissait presque exclusivement de lait et de potages. Aujourd'hui, grâce au traitement employé, il mange comme tout le monde et ses forces sont revenues. Nous nous sommes servi pour cela d'un instrument qui a été construit sur nos indications par M. Galante.

Cet appareil se compose d'une tige de baleine, longue, flexible, terminée par une petite boule métallique, d'une série de petites olives en caoutchouc durci portant des numéros indiquant leur diamètre en millimètres (la série comprend neuf olives de 11 millim. à 20 millim.), d'une tige métallique creuse formée par un ruban roulé en spirale. Cette tige, très flexible, peut se plier en tous sens; elle a une cer-



rivales. Les deux reliefs en plâtre de M. Dalou, « Les États généraux de 1789 » et la « République universelle », ainsi que le groupe en marbre des « Premières funérailles » par M. Barrias, sont des œuvres absolument remarquables, et sur lesquelles nous regrettons de ne pouvoir nous étendre. Cherchons les bustes, c'est presque toujours intéressant : Voici d'abord celui de M. le docteur Maillot, par Mme Pauline Maillot, sa femme probablement. Le travail en est petit et inexpérimenté, mais la tête est d'un aspect très personnel et je serais fort surpris si elle n'était pas ressemblante; vient ensuite celui de M. le docteur Dumontpallier, en marbre, par Mlle Foivard. Beaucoup de bustes de médecins sont faits par des femmes. C'est à l'éloge des uns et des autres. La facture de celui-ci est un peu molle; le dessin n'est pas serré d'assez près; le masque manque de tranquillité et d'abandon ; on dirait que le docteur retient sa respiration. N'importe, ce portrait sera d'un bel effet, sur une colonne cannelée, à l'angle du salon d'attente ou de réception.

Le buste de M. Wurtz est en plâtre; il est trop gros et trop grossièrement traité; il faut de l'attention et même de la bonne volonté pour le reconnaître. On croit, à première vue, être en présence d'un officier « étranger » et l'on cherche quelques traces d'uniforme. La bouche est de travers; ce défaut ne doit être, me semble-t-il, imputé qu'à l'artiste, M. Tony Noël.

Tout à côté, on s'arrête volontiers pour regarder le buste, en plâtre également, de M. le docteur Marc Laffont, par M. Auguste Paris. Figure souriante, charmante, spirituelle, vivante. Nez légèrement strumeux, trop de cheveux ; vague ressemblance avec la tête d'un photographe fort connu qui « opère lui-même » sa propre réclame sur les murs de la France entière.

Voici encore le buste, en plâtre, de M. le docteur Emile Vernhes, député de Béziers, par M. Injalbert ; — et par M. Edouard Vernhes, de l'Aveyron, un beau buste en bronze que le

taine rigidité lorsqu'elle est glissée sur la baleine qui lui sert de conducteur et elle peut alors la suivre dans toutes ses inflexions. Cette tige creuse, que nous nommons le propulseur, sert à pousser les olives sur la sonde en baleine.

Cet appareil étant donné, voici comment nous procédons à la dilatation. On introduit la sonde en baleine, elle passe ordinairement facilement grâce au petit diamètre de la boule terminale, nons enfilons ensuite une des olives et la poussons avec le propulseur, nous pouvons alors employer la force sans crainte de fausse route parce que nous avons un conducteur. On introduit ainsi dans une même séance une série d'olives de grosseur croissante, puis on les ramène avec la sonde ; elles sont retenues au delà du rétrécissement par la boule qui la termine. Comme elles sont biconiques, elles franchissent et dilatent le rétrécissement, au retour, exactement comme elles l'avaient franchi et dilaté au moment où elles avaient été introduites.

Chez notre malade on passe, le 12 novembre, les olives 14 et 15; elles passent difficilement, exigent l'emploi d'une grande force et provoquent le rejet d'une petite quantité de sang.

Le 13 novembre, on passe les olives 14 et 15. — Le 16 novembre, les n°s 15 et 16. — Le 17, n°s 15 et 16. — Le 18, n°s 15, 16 et 17. — Le 19, n°s 16, 17 et 18.— Le 20, n°s 17 et 18. — Le 21, n°s 17, 18 et 19. — Le 22, n° 19. — Le 23, n° 19. — Le 24, n°s 18, 19 et 20. — Le 25, n°s 19 et 20. — Jusqu'au 5 décembre on introduit tous les jours les n°s 19 et 20, qui passent de plus en plus facilement.

A dater de ce moment la dilatation peut être considérée comme suffisante et nous passons le gros modèle de notre sonde œsophagienne ou plutôt nous exerçons le malade à la passer lui-même.

Cette sonde a déjà été présentée à la Société, elle nous sert pour le lavage de l'estomac et l'alimentation artificielle. Elle consiste en un tube de caoutchouc absolument lisse, suffisamment rigide pour pouvoir être poussé, suffisamment souple pour qu'il soit impossible de produire un traumatisme.

Grâce à ce que le malade introduit tous les jours sa sonde (lui-même), le rétrécissement n'a eu aucune tendance à se reproduire depuis trois mois, contrairement à ce qui a eu lieu dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Nous avons connu des malheureux obligé de se faire sonder régulièrement avec la sonde en baleine, attendant toujours le dernier moment pour se soumettre à ce traitement pénible et toujours exposés au danger d'une fausse route. Avec notre traitement il n'y a rien

---

livret désigne par ces mots : « Le Savant ». C'est bien, en effet, une tête de savant, fine, intelligente, méditative, offrant une lointaine analogie avec M. Fizeau, de l'Académie des sciences; — puis le buste en plâtre, par M. Darcq, de Lille, de M. le docteur et sénateur Testelin, extrêmement reconnaissable ; — et celui de M. le comte du Moncel, de l'Académie des sciences, en uniforme officiel, orné de ses décorations et de ses armoiries ; — et celui du « doyen des étudiants de France », M. Chevreul, de l'Institut. Ce buste, en très beau marbre, n'a peut-être pas la précision que, d'habitude, M. Oliva imprime aux portraits que nous devons à son habile ciseau. Mais c'est une approximation suffisante, et où l'on trouve, en définitive, son compte; — puis le buste en bronze, dépourvu de finesse, de M. le docteur et député Lanessan, par M. Félix Sanzel; — et, enfin, le portrait, en plâtre, de M. Paul Mantz, notre maître à tous en fait de critique d'art. Je ne sais ce qu'il a dit ou ce qu'il dira d'un ouvrage qui le touche d'aussi près; mais, à part l'air renfrogné, un peu dur et trop militaire que lui a donné, — sans motifs suffisants, il me semble, — M. Victor Bernard, le buste est bien construit, facilement et largement modelé. C'est l'œuvre d'un artiste. Il faut en dire autant d'une tête de Jeanne d'Arc, par M. Maugendre-Villers. Elle est en plâtre ; mais, si le livret ne me l'eût appris, j'aurais cru qu'elle était en bronze, sortant de la fonte et n'ayant subi aucune retouche ni aucune toilette. C'est ainsi que la pauvre « grande pastoure » devait être après le bûcher. L'impresssion est terrible. Le masque n'a, probablement, rien d'authentique, mais il est fort beau. Les accessoires, la couronne de chêne, etc., sont bien traités.

M. Em. Fremiet, l'exact et savant statuaire expose deux ouvrages de dimensions fort différentes, mais qui, tous deux, commandent l'attention : Un » Porte-falot à cheval » dans le costume si élégant et si pittoresque du XVe siècle. Cette figure, de grandeur naturelle, est destinée au péristyle de la salle des fêtes à l'Hôtel de Ville. — Une statuette toute mignonne,

de semblable à craindre, la dilatation obtenue, si le malade a le soin de passer plusieurs fois par semaine la sonde de caoutchouc, son rétrécissement restera dilaté, et il ne sera pas exposé à une fausse route. Il sera dans la condition des sujets atteints de rétrécissement de l'urèthre, qui sont obligés de se sonder. Notons que le cathétérisme de l'œsophage, tel qu'il vient d'être décrit, n'expose le sujet à aucun des accidents graves qui peuvent toujours survenir dans le cathétérisme de l'urèthre.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Bichat. — Service de M. F. TERRIER.

KYSTE DE L'OVAIRE GAUCHE, MULTILOCULAIRE. — OVARIOTOMIE. — GUÉRISON.

Suite et fin. — (Voir le numéro du 23 juin.)

L'*opération* fut faite le 24 fevrier 1883, avec le concours de MM. Périer, Berger et Peyrot, chirurgiens des hôpitaux. Les docteurs Naudier et Faucher, anciens internes des hôpitaux, assistaient à l'opération.

La chloroformisation fut très rapide et l'anesthésie fut obtenue en dix minutes.

Incision médiane des téguments jusqu'à l'ombilic, la ligne blanche est rapidement mise à nu et sectionnée, le péritoine ouvert d'abord avec le bistouri, puis avec des ciseaux. Il s'écoule un peu de liquide ascitique et la paroi du kyste est mise à découvert.

L'incision est agrandie en haut jusqu'au-dessus de l'ombilic en passant à gauche de cette ouverture, et la main, introduite dans l'abdomen, permet de constater rapidement les rapports de la tumeur et de déchirer à gauche des adhérences celluleuses avec la paroi antérieure. A droite existent aussi des adhérences, mais épaisses et dues à l'épiploon. Ponction du kyste avec le gros trocart muni de l'appareil aspirateur; cette ponction est faite à travers une masse polykystique située dans la paroi antérieure de la grande cavité kystique. On enlève 16 litres de liquide.

Pendant cet écoulement, le trocart est maintenu par M. le docteur Périer et je détache les adhérences épiploïques au kyste. Trois ligatures au catgut sont faites sur l'épiploon, de plus une large portion d'épiploon est prise et fixée dans une pince courbe (modèle Terrier).

Le kyste est ainsi détaché peu à peu et de la paroi abdominale antérieure à droite et de l'épiploon à gauche. La tumeur remonte jusque sous le foie où existent deux masses polykystiques, du volume d'une tête de fœtus à terme. L'une de ces masses ponctionnée ne fournit que quelques grammes de liquide visqueux.

---

en bronze, intitulée : « Charmeur de serpents », très originale, bien campée et fortement construite, comme tout ce qui sort des mains de cet éminent artiste.

Pour revenir au « lancé », je termine cette revue trop sommaire, et longue cependant, — je ne me fais pas d'illusion, — par une petite statue en marbre, de M. Hippolyte Moreau, intitulée « Au printemps », et placée sur la rampe gauche de l'escalier qui conduit du jardin aux salles de peinture. Une jeune fille du type le plus fin et le plus charmant porte, les bras croisés, un panier plein de fleurs, et se penche pour voir des pigeons qui se bécotent à ses pieds. Si la draperie était d'un travail plus ferme et plus « poussé », ce serait parfait. Le ventre pourrait avoir un peu moins d'importance; mais ce détail, — qui, au point de vue de la physiologie féminine, se justifie à la rigueur, — ne nuit ni à la l'élégance ni à la fraîcheur de la composition. Celle-ci répond de tous points, au titre que lui a imposé l'artiste. C'est bien ainsi que les choses se passent « au printemps ». Nous engageons M. Georges Bertrand, quand il aura remisé ses grands chevaux, à aller faire un bout de conversation avec cette gentille fillette.

Cl. Suty.

Concours de l'agrégation. — Les dernières questions données aux candidats de la section d'anatomie et physiologie, pour l'épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, ont été : 1° MM. René et Imbert : « Les nerfs du goût (anatomie et physiologie). » 2° MM. Quenu et Demons : « Le pharynx (anatomie et physiologie). »

Vendredi, a eu lieu le tirage au sort des sujets de thèse.

— Le dépôt des thèses pour les candidats de la section de physique et de chimie est fixé au 5 juillet 1883.

Dès que la poche principale a été vidée, on fit basculer le kyste pour l'attirer au dehors; à ce moment, une loge postérieure se ruptura et donna issue à environ un demi-litre de liquide verdâtre, qui s'écoula en partie au dehors, en partie dans l'abdomen sous le foie. Ce liquide fut aussitôt épongé et les viscères furent essuyés avec soin.

La masse polykystique attirée au dehors, on vit que le pédicule, fort large, était situé à gauche. Il s'étend de l'angle gauche de l'utérus au bord externe de l'excavation pelvienne, comprenant en somme tout le ligament large gauche. Ce pédicule fut lié avec 4 forts fils de soie, disposés en chaîne et solidement fixés. Le kyste est alors détaché et enlevé. L'ovaire droit est sain.

Toilette péritonéale soignée, trois ligatures en soie sont placées sur l'épiploon pris dans la pince courbe, et celui-ci est réséqué et réduit. Ce qui reste du grand épiploon est étalé avec soin derrière la paroi abdominale, en avant des intestins.

Suture de la paroi à l'aide de 11 fils d'argents, comprenant la peau et le péritoine. Pas de sutures snperficielles.

L'opération, faite d'après les règles de Lister, a duré 51 minutes.

La malade, reportée dans son lit, se réveille assez vite. Dans la journée, pas de vomissements et un peu de sonmeil. Glace, grog.

Le soir, nausées; température 38°6, pouls 102. Les urines recueillies par la sonde sont très claires.

Dans la soirée et la nuit, elle a continué à avoir des nausées, mais sans vomissements. Glace, grog, champagne. Il n'y a pas eu de sommeil; a été sondée à minuit et à 4 heures du matin. Ce matin a été sondée à 7 heures. 100 à 110 grammes d'urine claire; pas de vomissements, pas de douleur épigastrique. Glace et champagne. T. A. 38°8. P. 112.

Soir. La malade a dormi une 1/2 heure environ dans la journée. La peau est un peu chaude, il y a un peu de prostration. La malade a uriné seule trois fois. Glace, champagne. T. A. 38°8. P. 120.

26. La malade a dormi hier au soir de 7 heures 1/4 à 9 heures; le reste de la nuit a été calme, mais sans sommeil. Il n'y a pas la moindre douleur dans l'abdomen. Pas de selles ni d'émission de gaz.

La langue est bonne; il n'y a pas de nausées; Mme M... prend avec plaisir un peu de lait glacé, son champagne et son grog. T. A. 37°8. P. 96.

Soir. La malade a rendu quelques gaz par l'anus sans aucune douleur. Pas le moindre phénomène douloureux du côté de l'abdomen. Le pansement est laissé en place. T. A. 37°8. P. 120.

27. La nuit a été bonne, grâce à une injection de morphine de 1/4 de seringue. La malade a dormi de 7 heures à minuit et de 1 heure 1/2 à 7 heures. Une selle ce matin avec lavement. T. A. 37°6. P. 100; même régime.

Soir. Un peu de sommeil dans la journée. Elle a mangé un peu de pain et de café au lait. Pas la moindre fatigue, pas de douleur dans l'abdomen. T. A. 38°2 (elle venait de manger un peu). P. 126.

28. La nuit a été bonne avec une piqûre de morphine de 1/4 à 7 heures 1/2 et une autre à 11 heures 1/2. Sommeil satisfaisant ; le facies est bon. La malade ressent à gauche quelques petites douleurs abdominales très supportables. Selle abondante après lavement, accompagnée de coliques. T. A. 37°4. P. 98.

Soir. A dormi dans la journée; se sent néanmoins un peu fatiguée. Bouillon, potage, champagne, glace. T. 38°2. P. 104.

1er *mars.* Nuit bonne. On défait le pansement; des fils profonds (au nombre de 4) sont enlevés; la plaie est réunie dans toute sa hauteur, sauf à la partie inférieure, où il y a un peu de pus ; à ce niveau les divers plans de la paroi abdominale n'avaient pas été affrontés très exactement, et la peau était un peu retournée sur elle-même. Le ventre est partout souple et absolument indolore, sauf dans la fosse iliaque gauche, au niveau du pédicule, où la pression est un peu sensible. On a fait le même pansement. Même régime. T. 37°6. P. 100.

Soir. A midi, potage et un peu de viande. Dans la journée, la malade a failli être asphyxiée par les émanations d'un poêle Choubersky; vertiges, céphalalgies, nausées, sueurs abondantes, mais pas de douleurs abdominales; la température a monté considérablement : 40°2. P. 120.

2. La nuit a été moins bonne que précédemment, un peu agitée; perte de l'appétit; le facies, sans être notablement changé, est moins satisfaisant que ces jours passés. Glace, champagne, bouillon. Il y a eu une selle abondante après lavement, et précédée et accompagnée de coliques. T. 37°8. P. 98.

Soir. La malade se sent fatiguée, un peu somnolente; pas d'appétit; néanmoins, rien du côté de l'abdomen. T. 38°2. P. 104.

3. Pas de douleurs abdominales; on enlève les autres fils (au nombre de 7); il y a encore

un peu de suppuration à l'angle inférieur de la plaie, mais sans la moindre douleur. La percussion est encore un peu douloureuse dans le flanc gauche. Même pansement. T. 37°4. P. 106.

Dans la journée, la malade a dormi; il y a eu une garde-robe le matin avant midi.

Soir. L'appétit n'est pas encore revenu; il y a eu quelques coliques; la malade se plaint de douleurs dans la cuisse gauche, qui a été le siège d'une phlegmatia; on ne trouve pas le moindre gonflement, ni de cordon douloureux; une piqûre de morphine de 1/3 de seringue à 5 heures 1/2; une autre à 7 heures; une troisième à 11 heures 1/2 du soir. T. 38°2. P. 128.

4. Même état; la nuit a été bonne. Ce matin, garde-robe très abondante avec lavement, accompagnée comme précédemment de coliques. Le ventre est un peu douloureux à gauche, en même temps que la cuisse; il y a probablement un peu d'inflammation du côté des veines crurale et iliaque; il n'y a pas cependant le moindre œdème du pied, ni de la jambe; la T. est normale, 37°4, mais le pouls est à 100. On donne 25 centigr. de sulfate de quinine à prendre le matin.

Soir. La malade est un peu abattue, sans avoir cependant de douleurs localisées; quelques coliques de temps en temps. Elle a pris aujourd'hui du café au lait, de la viande, du raisin avec appétit. T. 38°2. P. 108.

5. Nuit assez bonne; Mme M... a dormi de minuit à sept heures du matin sans interruption; mais, sueurs abondantes sur tout le corps, sauf la tête. Pas de douleurs abdominales. Ce matin, selle naturelle avec coliques. Le ventre n'est pas douloureux, sauf à gauche, comme précédemment. Le nombre de visites que reçoit la malade pendant la journée la fatigue probablement; on les supprime à peu près. Sulfate de quinine, 0,50 en deux prises. T. 37°2. P. 108.

Soir, élévation moindre de la température, qui n'atteint que 37°8; pas d'appétit; il semble à la malade que tout est amer, même la glace; quelques douleurs abdominales, coliques sans aucun résultat; une piqûre de 1/3 de seringue dans l'après-midi. T. 37°8. P. 106.

6. Nuit passée assez bien, grâce à deux petites piqûres de morphine (1/3 chaque fois). Sueurs considérables; ce matin, selle copieuse avec lavement; à chaque garde-robe, coliques avec retentissement dans le flanc gauche; la cuisse est un peu moins douloureuse, mais la fosse iliaque est toujours très sensible à la pression. On remet la malade au régime lacté. Sulfate de quinine, 0,50 en deux prises. T. 37°4. P. 110.

Soir. La température a monté très peu; langue saburrale; perte d'appétit; quelques coliques; néanmoins, journée assez tranquille. T. 37°6. P. 116.

7. La température est de 38° ce matin. Le ventre est toujours douloureux à gauche, mais il faut déprimer assez profondément pour déterminer une douleur un peu vive. La cuisse est toujours un peu douloureuse; de plus, la malade se plaint de douleurs au niveau de la crête iliaque gauche, mais on ne découvre rien de particulier de ce côté. Il y a encore eu des sueurs cette nuit. T. 38°. P. 104. On continue le sulfate de quinine.

Soir. Rien de nouveau. T. 38°2. P. 110.

8. Température un peu moins élevée. La nuit n'a pas été très bonne; la malade n'a pu dormir avant une heure du matin; elle dort jusqu'à l'heure de la visite. Le ventre est toujours dans le même état. T. 37°6. P. 104.

Soir. T. 38°8. P. 106.

9. Température normale. Toujours quelques douleurs dans le ventre; les douleurs de la cuisse gauche ont diminué. On met un vésicatoire 8/12 sur la fosse iliaque gauche, car ces élévations vespérales de la température indiquent un foyer d'inflammation dont le siège est indiqué, au niveau du pédicule, par la douleur qui persiste en ce point. La langue est meilleure. Il y a eu deux selles normales, mais toujours avec des coliques assez fortes; suppositoires avec chlorhydrate de morphine (1 milligr.) et chloral (0,25 centigr.). T. 37°6. P. 105.

Soir. Dans la journée, la malade a eu une selle presque entièrement constituée par des glaires (un peu de rectite) et excessivement peu de matières; toujours des coliques en même temps que les selles. T. 38° P. 112.

10. Pas de douleurs dans le ventre. Bon état général. On permet à la malade de prendre, outre le lait, du champagne et de la viande crue. T. 37°6. P. 92.

Soir. T. 37°8. P. 104.

11. Le matin, la malade se sent mieux; la nuit a été bonne; elle a eu une garde-robe naturelle; urine normale; elle se sent de l'appétit, elle mange des huîtres, un peu de poulet avec plaisir. T. 37°2. P. 88.

Soir. Un peu fatiguée à cause de visites longues; somnolence. Rien de particulier. T. 38°4. P. 98.

12. La nuit a été satisfaisante, avec une piqûre de 1/3 de seringue. Pas de douleur nulle

part. Même régime; on continue toujours le sulfate de quinine (0,25 seulement). T. 36°8. P. 92.

Soir. T. 37°4. P. 98.

13. Bonne nuit; ne se plaint de rien; se sent de l'appétit; a été ce matin deux fois à la selle; pas la moindre douleur dans le ventre, sauf quelques coliques en allant à la garde-robe. T. 37°. P. 96.

Soir. Dans la journée, Mme M... a eu un accès de fièvre ayant duré deux heures environ, sans cause nettement appréciable, et que l'on peut rapporter aux phénomènes qui se passent du côté du pédicule. T. 38°6. P. 98.

14. Dans la soirée d'hier, deux garde-robes, toujours accompagnées de coliques. Elle a dormi de minuit à huit heures. Facies satisfaisant; pas la moindre douleur. Par le toucher vaginal, M. Terrier constate que l'utérus est mobile et qu'il y a un peu d'induration dans le cul-de-sac gauche. L'accès de fièvre d'hier soir peut être rapporté à l'approche des règles, dont c'est l'époque présumée, ou à une poussée inflammatoire du côté du pédicule. On recommence le lait et le sulfate de quinine, qui avaient été supprimés hier. T. 37°. P. 90.

Soir. Dans la journée, a été trois fois à la garde-robe, sans diarrhée, n'a pris que du lait et très peu de viande crue. Pas de douleur abdominale. A dormi presque toute la journée. T. 38°1. P. 104.

15. Sueurs considérables pendant la nuit; on défait le pansement; il y a encore un peu de suintement à l'angle inférieur de la plaie, où la peau n'est pas affrontée; de plus, l'ombilic est rouge et la pression autour de la cicatrice ombilicale fait sourdre un peu de pus. Pansement à la pommade borique. Sulfate de quinine. T. 36°8. P. 86.

Soir. T. 37°. P. 94.

16. La nuit a été très bonne. Une piqûre de 1/3 de seringue a suffi pour faire dormir la malade, de neuf heures à douze heures et de une heure environ à huit heures du matin, sans interruption. A eu deux selles normales ce matin. Se sent de l'appétit et se dispose à manger sa viande crue, biftecks, etc. Pas la moindre douleur dans l'abdomen. T. 36°6. P. 72.

Soir. La malade est restée assise sur son lit une bonne partie de la journée. Pas de douleur. T. 37°4. P. 84.

17. La nuit a été bonne. Pas la moindre douleur dans le ventre. La température restant à la normale, on supprime le sulfate de quinine. Le pansement défait laisse voir que la rougeur constatée plus haut a disparu. Plus de pus pas l'ombilic. L'angle inférieur de la plaie commence à se cicatriser, mais lentement. T. 36°8. P. 76.

Soir. T. 37°4. P. 86.

18. Nuit bonne. Pas de douleurs dans le ventre. Garde-robe accompagnée comme toujours de coliques, moins fortes que les jours précédents. Se sent de l'appétit. T. 36°4. P. 80.

Soir. La malade s'est levée dans la journée et à fait quelques pas dans sa chambre sans souffrir le moins du monde. Bon appétit. T. 37°4. P. 102.

19. Nuit satisfaisante. Rien dans le ventre. La partie inférieure de la plaie suinte encore un peu. Bon état général. T. 36°5. P. 72.

Soir. La malade s'est levée, est restée une demi-heure debout et a marché un peu plus qu'hier. T. 37°2. P. 88.

20. Même état. Le facies est redevenu très bon. Mme M... sent ses forces revenir, et se dispose à faire une promenade dans le couloir qui précède sa chambre. T. 36°5. P. 72.

Soir. La promenade en question s'est bien effectuée, sans aucune douleur. L'appétit est remarquable. T. 37. P. 80.

21. Même état. T. 36°6. P. 72. Nuit très satisfaisante.

Soir. T. 37°2, P. 78, après une promenade d'une demi-heure et après être restée assise deux heures environ.

Mme M... quitte l'hôpital le 24 mars, un mois après l'opération, il ne restait plus qu'un petit orifice suintant à la partie inférieure, les pièces du pansement n'étant renouvelées que tous les trois jours et ne présentant qu'une tache à peine grande comme une pièce de cinquante centimes la malade a descendu l'escalier et a fait en voiture le trajet de l'hôpital à la gare de l'Est sans être incommodée par les secousses.

Mme M... a été revue depuis (31 mars); il y avait un petit bourgeon charnu à la partie inférieure de la cicatrice; plus de suintement; les forces reviennent avec rapidité.

12 avril 1883. Les règles sont revenues le 8 avril; elles sont très normales et sans douleurs abdominales. Mme M... dort bien, a très bon appétit et engraisse un peu. Ses forces augmentent chaque jour.

17 mai 1883. Etat général excellent; Mme M... est notablement engraissée, ses règles sont normales. L'incision abdominale a 11 centimètres de long; il n'y a pas d'éventration.

La *tumeur enlevée* était formée par une énorme poche kystique, offrant à sa paroi anté-

rieure, puis en haut et à droite, des masses polykystiques offrant le volume d'une tête d'enfant à terme. Ce sont les masses polykystiques situées à droite sous le foie qui, adhérentes à la paroi abdominale, semblaient faire corps avec le viscère et avaient fait craindre des néoformations péritonéales.

En résumé, il s'agissait d'un kyste multiloculaire type, dont le poids peut être évalué à 1,600 grammes de matières solides et 18 à 20 kilogrammes de matières liquides.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE CLINIQUE SUR LES EAUX THERMALES DE BRIDES-LES-BAINS (Savoie), par le docteur E. PHILBERT. Paris, 1883.

Conclusions : Les eaux de Brides-les-Bains ont une action élective sur le tube digestif, ses annexes et en particulier sur le foie.

Leur action purgative permet de les employer avec succès contre la constipation et l'obésité.

Elles sont très utiles dans la dysménorrhée, la leucorrhée et les congestions utérines.

Associées aux eaux de Salins-Moutiers, elles donnent les meilleurs résultats chez tous les sujets dont la nutrition est retardée, tels que les anémiques, les lymphatiques, les scrofuleux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Addition à la séance du 26 juin 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance officielle comprend :

1° Un exposé des titres scientifiques de M. le docteur Blache, candidat à la place déclarée vacante dans la section des Associés libres ;

2° Une lettre de M. le docteur Carlet (de Grenoble) qui sollicite le titre de membre correspondant pour la section des sciences naturelles médicales ;

3° Un pli cacheté sur un nouvel appareil aérothérapique, par M. le docteur Maurice Dupont. (Accepté.)

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer à l'Académie, la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur Dubourg (de Marmande), membre correspondant depuis l'année 1840.

—

M. DECHAMBRE présente, au nom de M. Bertin (de Montpellier), une brochure intitulée : *Nouveau procédé de dosage de l'acide carbonique de l'air.*

M. DUJARDIN-BEAUMETZ met sous les yeux de l'Académie deux instruments dont l'un est un spéculum pour l'électrisation du col utérin et l'autre une loupe annexée à un thermomètre dont elle permet de lire les degrés de température.

M. DAREMBERG (de Menton) offre en hommage une brochure intitulée : *Sur les débuts cérébraux précoces de la tuberculose chez l'adulte.*

—

M. A.-J. MARTIN fait une communication sous le titre suivant : *La prophylaxie des maladies contagieuses humaines à Paris.*

L'auteur s'efforce de montrer l'insuffisance de l'Administration sanitaire à Paris. Il examine à cet effet la partie des services de cette Administration qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses humaines.

Ayant décrit tout d'abord les plus importantes parmi les mesures de police sanitaire applicables à ces affections, en choisissant, par exemple, un décès par fièvre typhoïde dans un logement insalubre, il prouve qu'il faut actuellement à Paris au moins trois jours pour que l'Administration commence à s'en préoccuper pratiquement ; il lui faut un mois pour qu'elle soit bien certaine qu'on a fait dans le logement une désinfection sommaire, et si une cause quelconque d'insalubrité a été reconnue dans ce logement, plusieurs semaines au moins se passent encore, dans les cas les plus simples, pour qu'elle puisse y porter remède.

Cela tient surtout à ce que les services sanitaires de la capitale sont disséminés non seulement à la préfecture de police et à la préfecture de la Seine, mais encore parmi plusieurs

bureaux différents dans l'une et l'autre de ces administrations. M. Martin énumère, en effet, distribution actuelle de ces services ; on y voit, par exemple, que la police sanitaire appliquée aux épidémies et les établissements classés dépendent d'une division de la préfecture de police dont les attributions doivent s'exercer sur un grand nombre d'autres sujets tout à fait étrangers à cet ordre de préoccupations, tandis que des attributions essentielles à la police sanitaire lui échappent et appartiennent à diverses autres divisions de cette préfecture, et même de la préfecture de la Seine. Il est aisé de concevoir, et M. Martin le démontre, que tout ce qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses puisse être réuni en un même service.

Au surplus, les conseils techniques ne manquent pas et les fonctionnaires sanitaires deviennent de plus en plus nombreux. Mais comme ni les uns ni les autres, dont M. Martin donne la liste et énumère les attributions, ne sont soumis à aucune direction commune et que la plupart d'entre eux reçoivent des émoluments tels que leurs fonctions ne sauraient les occuper complètement, les responsabilités s'annulent et aucun résultat appréciable, et surtout immédiat, n'est obtenu.

Comme conclusion, M. Martin fait connaître l'organisation qui pourrait être dès maintenant effectuée à Paris à cet égard, par voie de décret, sans avoir besoin de modifications légales. La création de cette organisation administrative, dont tous les éléments existent, n'exigerait aucune dépense nouvelle, et donnerait enfin à la police sanitaire dans la capitale l'autonomie, la compétence et la responsabilité qui sont réclamées depuis longtemps par tous les hygiénistes, les Sociétés savantes et les corps élus, sur le modèle des services analogues de l'étranger. — La communication de M. Martin est renvoyée à la section d'hygiène.

—

M. Lagneau, au nom de M. de Villiers, absent, donne lecture du rapport sur le concours du prix proposé par la commission permanente d'hygiène de l'enfance, pour 1882 ;

La question proposée est la suivante : *Du sevrage et de son étude comparative dans les diverses régions de la France.*

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions de ce rapport.

COURRIER

Les aumôniers des hôpitaux. — Il est aujourd'hui décidé que les aumôniers des hôpitaux seront définitivement supprimés à partir du 1er juillet.

Concours du Bureau central. — A la suite de la troisième épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central, les candidats dont les noms suivent classés par ordre alphabétique, ont été admis à subir les épreuves définitives : MM. Barrié, Brissaud, Chauffard, Dreyfous, Edgar Hirtz, Letulle, Lucas-Championnière et Renault. Depuis lors, ces deux derniers se sont retirés du concours.

La question donnée pour la composition écrite (quatrième épreuve) a été : « De l'érysipèle, anatomie pathologique et formes cliniques. »

Concours de Berck-sur-Mer. — Le concours pour la nomination à deux places d'internes en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer vient de se terminer par la nomination de MM. Lancry et Ménéault. — Les questions données avaient été : A. Pour l'épreuve écrite : 1° Synoviale du genou. » 2° « Signes et diagnostic des tumeurs blanches ; » — B. Pour l'épreuve orale : « Symptômes et diagnostic de la rougeole. »

Concours. — L'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse met au concours, pour l'année 1885, la question suivante : « Déterminer le mode de formation des globules rouges du sang, après la naissance, chez les mammifères. » — Pour tous renseignements, s'adresser à M. Gatien-Arnoult, secrétaire perpétuel, rue Lapeyrouse, 3, à Toulouse.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, 22, rue Dussoubs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA COMMISSION EXTRA-PARLEMENTAIRE DE L'INSPECTORAT ET DE LA LÉGISLATION DES EAUX MINÉRALES.

Elle est bien ancienne, cette question de l'inspectorat des eaux minérales. Depuis tantôt vingt ans, elle traîne sur le tapis de nos Assemblées parlementaires et fait antichambre dans les ministères. Ce n'est donc pas du temps seul, puisqu'il n'a guère fait défaut, mais plutôt des hommes et d'une singulière manière d'entendre les affaires publiques et les conseils du bon sens, que viennent tous les obstacles et tous les retards.

Il y a quelque temps, on croyait à une prompte solution. Un conflit survenu entre quelques inspecteurs dépossédés de leur titre et l'administration faisait espérer qu'on allait en finir. Nos confrères avaient été expropriés pour cause d'utilité politique ; il fallait des places, on en eut. Seulement, en donnant leur compte à ces congédiés, le ministre avait oublié de le leur régler. De là procès et condamnation à payer les arrérages.

C'est alors que la Chambre des Députés examina la proposition de loi supprimant le traitement des médecins inspecteurs. La fonction devint officiellement gratuite.

Certes, la loi nouvelle sanctionnait un état de choses qui en fait existait déjà pour un certain nombre des médecins inspecteurs. Seulement, cette gratuité était volontaire et résultait de l'engagement amiable qu'ils prenaient, en recevant leur nomination, de ne point toucher leur indemnité. Et cependant, dit-on, les établissements thermaux devaient payer une taxe destinée à couvrir les frais d'inspection ! Que devenait-elle et à quel usage servaient donc les fonds ? En tout cas, singulière manière de tenir la comptabilité dans un pays qui n'est pas celui des Magots ! Pour un peu, on se croirait au bord du fleuve bleu et des mandarinades !

La Chambre avait donné gain de cause à l'Etat et reçu du Ministre d'alors l'engagement formel de présenter à court délai un projet de loi supprimant le titre dont on venait de détruire la fonction.

Depuis lors, les mois et les ministres ont passé. Pendant la grandeur et la décadence des deux derniers ministères, des vacances se sont produites dans le personnel. On ne les a pas comblées. Enfin, après de si longs atermoiements, M. le Ministre du Commerce a nommé dernièrement une Commission extra-parlementaire, chargée de résoudre à la fois la réforme de la législation des eaux minérales et celle de l'inspectorat.

La suppression de l'inspectorat paraissait chose toute résolue. Cette institution n'a plus de raison d'être, le titre ne répondant pas à la fonction. Dans la Commission de la Chambre des Députés, on avait longuement discuté, et la majorité était opposée au maintien de privilèges que la faveur concède et que le caprice ministériel peut enlever. Nos honorables du Palais Bourbon n'avaient donc pas tort.

La question était simple, facile à résoudre, et à la veille d'être close ; il fallait sans doute la compliquer ! Voilà pourquoi la Commission actuelle doit étudier la question si complexe de la législation des eaux minérales. Aussi, soyez-en certains, la gestation sera longue et l'accouchement laborieux, si tant est que tout cela ne se termine pas par un avortement.

Quels sont les membres de cette Commission ? M. Wurtz en est le président, sans doute à cause de sa haute personnalité comme chimiste, chose excellente assurément. Viennent ensuite MM. Mazeau, sénateur, Picard et Gérard, conseillers d'Etat, Jacquot, inspecteur des mines, Rochard, inspecteur du service de santé de la marine ; enfin MM. Tillot, médecin inspecteur de Luxeuil et Marcellin Cazeaux, secrétaire de la Société d'hydrologie.

Certes, ce sont là des médecins, des savants et des jurisconsultes de valeur. M'est avis cependant, que la commission aurait gagné en influence par l'adjonction de quelques médecins étrangers par leurs intérêts au maintien de l'inspectorat des eaux minérales. Dans une loi de la sorte, l'opinion professionnelle aurait bien quelque valeur. Qui donc la représentera ?

En tout cas, ce ne seront pas nos confrères de la Chambre. On semble systématiquement les en avoir exclus. Autre chinoiserie qui fait sourire. Au lieu de compléter cette Commission

avec deux de nos confrères législateurs, on a préféré s'adresser à M. Alicot et à M. Chantemille. M. Alicot, soit, puisque, jurisconsulte, il a été le rapporteur habile de la question au Palais Bourbon. Mais pourquoi M. Chantemille ? Il est maire de Montluçon ; je ne sache pas qu'à Montluçon, il y ait de puissants intérêts hydrologiques. Il est député de l'Allier; l'établissement de Vichy est situé dans ce département. Oui, sans doute ; mais, propriété de l'Etat, il serait défendu à coup sûr, si besoin était, par l'Administration. Alors, pourquoi préférer M. Chantemille, dont je ne méconnais pas la valeur, mais dont la compétence médicale ne m'est pas démontrée, à certains de nos confrères de la Chambre, vétérans de la pratique professionnelle, et experts en ces matières. Allons donc ! J'omets peut-être le titre qui le désignait au choix de l'Administration. Il est négociant en nouveautés, profession fort honorable d'ailleurs, mais qui, à coup sûr, ne confère pas une qualité spéciale pour juger l'opportunité de supprimer ou de conserver l'institution de l'inspectorat.

Si l'on tenait à mettre dehors nos confrères de la Chambre, n'existait-il donc pas d'autres médecins de haute notoriété, hommes d'indépendance, étrangers aux milieux officiels, et surtout ennemis du privilège ? Tel était, pour ne citer qu'un nom, M. Maximin Legrand qui, fidèle à ses convictions, a refusé naguère le poste d'inspecteur des eaux d'Aix qu'on lui avait offert. Il est honorable, habile, utile de s'entourer de telles personnalités, dans une enquête impartiale.

La composition de cette Commission laisse donc à désirer au point de vue des intérêts des malades qui, ici comme toujours, sont liés à ceux du Corps médical. En mettant à la porte les médecins qui font partie du parlement, et en laissant de côté les avis du Corps médical, on a compromis l'avenir de ces réformes. C'était là, peut-être, le but de quelques habiles. Auss l'œuvre entreprise risque fort d'échouer et la Commission d'en conduire le deuil.

Eh bien, m'est avis que, si ce sont là des omissions, il serait temps encore de les réparer, sinon il nous sera démontré une fois de plus que le Corps médical français est toujours tenu en suspicion par les administrations publiques. Nous serons aussi en droit de conclure que, malgré leur nombre et leur valeur, nos confrères du Palais Bourbon ne sont même pas considérés comme des petits Chinois par nos grands mandarins ! — Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

Les thèses du concours d'agrégation en médecine (1883).

(Suite et fin. — Voir le numéro du 14 juin.)

XIII. — De l'hérédité syphilitique. État actuel de la science, par M. le docteur Henri Blaise, de Montpellier. Paris, G. Masson.

Malgré les nombreux documents publiés sur cette question si complexe de l'hérédité syphilitique, il s'en faut de beaucoup qu'on la connaisse encore bien dans tous ses détails, et ce ne sera pas un des moindres mérites de M. Blaise d'avoir essayé de rassembler ces documents et de les classer, afin de nous indiquer les progrès réalisés et les points à étudier de nouveau.

Après avoir dit ce qu'il fallait entendre par l'hérédité en général et l'hérédité syphilitique en particulier, M. Blaise montre les étapes par lesquelles la question a passé depuis les premiers syphiliographes qui l'ont entrevue, jusqu'à Bertin, qui au commencement de ce siècle a établi d'une manière incontestable l'influence de l'hérédité dans l'apparition de la syphilis chez les nouveau-nés.

Le chapitre suivant est consacré à l'étiologie. M. Blaise y étudie successivement l'influence du père, celle de la mère et celle des deux conjoints. Aujourd'hui on peut admettre comme démontré que l'enfant né d'un père syphilitique, la mère restant saine, peut être tantôt sain, tantôt syphilitique. Mais la mère, considérée comme saine, l'est-elle réellement? Un enfant peut-il vivre et se développer pendant neuf mois dans l'organisme maternel sans exercer une influence nocive sur cet organisme? Colles, s'appuyant sur ce fait que la mère allaitant son nourrisson était à l'abri de la contagion, tandis qu'une nourrice était infectée, avait établi en règle que la mère était infectée par le fœtus, bien que les manifestations de la syphilis soient restées trop minimes pour qu'on les ait remarquées. Cette loi est considérée encore comme vraie, et peut-être trouvera-t-elle sa justification entière quand le passage des microbes à travers le placenta sera démontré rigoureusement.

Quant à la mère, qu'elle soit infectée avant ou pendant la conception, elle peut dans ces deux états communiquer la syphilis à son fœtus, mais dans des conditions bien connues aujourd'hui. L'enfant peut cependant encore échapper à la contagion. Il en est de même quand

le père et la mère sont tous deux syphilitiques; bien que, dans ce cas, il ait contre lui deux chances au lieu d'une, son infection n'est pas toujours forcée, ainsi que Diday l'a démontré un des premiers.

L'hérédité syphilitique se manifeste de plusieurs manières chez le fœtus. Pendant la vie intra-utérine, il meurt avant terme; de là ces avortements, ces accouchements prématurés si fréquents chez les femmes en puissance de syphilis. M. Blaise étudie avec détails les lésions du fœtus et de ses annexes, causes de ces avortements. Après la naissance se montrent chez l'enfant les manifestations nombreuses et variées de la syphilis héréditaire, à laquelle l'auteur consacre un chapitre intéressant. Mais, indépendamment de la syphilis infantile, l'enfant apporte en naissant d'autres affections dissemblables, quoique causées par la syphilis des parents, véritable dégénérescence de l'individu : faiblesse native, prédisposition au rachitisme, à la scrofule, à la tuberculose, dont les rapports avec la syphilis sont bien exposés par M. Blaise.

Un dernier chapitre est consacré au traitement prophylactique et curatif de l'hérédité syphilitique, et qui comprend : la prophylaxie avant le mariage; la prophylaxie et le traitement après le mariage. Toutes les conditions dans lesquelles les parents peuvent se trouver vis-à-vis l'un de l'autre, et vis-à-vis de leur progéniture, sont très nettement indiquées.

—

XIV. — De la médication purgative, par M. Clément, médecin des hôpitaux de Lyon. — Paris G. Masson, 1883.

Après un coup d'œil rapide sur la place accordée à la médication purgative dans la thérapeutique depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, M. Clément étudie le mode d'action des purgatifs. Il recherche quelles sont, parmi les parties constituantes de l'intestin, celles qui entrent en jeu sous l'influence de ces médicaments, le mode d'action de ceux-ci, et montre qu'il y a dans toute action purgative deux éléments, un élément nerveux et un élément catarrhal.

Les théories qui ont été émises à ce sujet rentrent dans trois groupes : la théorie de l'osmose, celle de la péristaltique et celle de l'irritation catarrhale. M. Clément rejette celle de l'osmose, et pense qu'il faut admettre deux effets principaux dans le mécanisme de la purgation; d'une part l'excitation sécrétoire (vaso-motrice, catarrhale), de l'autre, la stimulation musculaire.

Dans la deuxième partie, l'auteur rapporte les diverses classifications de Gubler, Trousseau et Pidoux, G. Sée, Dujardin-Beaumetz, sans se prononcer pour aucune d'elles, « parce que, dit-il, l'heure n'est pas encore venue où il sera possible de classer les nombreux médicaments dans un ordre physiologique rigoureux », et borne l'étude de leur action à deux groupes, les nervo-moteurs et les cholagoques. Il énumère les effets de la médication purgative sur les divers appareils et sur l'ensemble de l'organisme, et compare ensuite les effets physiologiques des purgatifs à ceux des vomitifs, en indiquant la manière de les administrer.

La partie la plus remarquable du travail de M. Clément est celle qui a trait aux effets thérapeutiques, aux indications et contre-indications des purgatifs, et à leur emploi dans les diverses maladies, parce que l'auteur a pu y faire ressortir les qualités de clinicien que lui a données sa pratique déjà longue dans les hôpitaux. Pour lui, la thérapeutique n'a pas de médication plus fertile en ressources et en même temps de plus inoffensive que la médication purgative, et elle n'a jamais été dangereuse que dans les mains des doctrinaires qui l'appliquèrent sans discernement.

—

XV. — De la sclérodermie, par M. le docteur Leroy (de Lille). — Paris, H. Rey, 1883.

Cette thèse est un exposé méthodique de nos connaisssances actuelles sur une maladie dont on ne connaît encore exactement ni les causes, ni la pathogénie, ni la nature, ni même la symptomatologie. On ne sait pas encore, en effet, où commence et où finit la sclérodermie; s'il faut y faire rentrer ou en séparer définitivement diverses affections décrites comme distinctes d'elles par certains auteurs, comme la morphée, l'aplasie lamineuse, la lèpre. M. Leroy fait de la *morphée* une *sclérodermie circonscrite*, comme Tilbury Fox et Erasmus Wilson; M. Vidal en fait deux affections différentes, et M. Besnier croit que la première est une phase peu avancée de la seconde, etc.

Il était difficile de tirer un bon parti des documents publiés sur la question, précisément à cause des incertitudes que nous venons de signaler, et on ne s'étonnera pas de trouver un reflet de ces incertitudes dans la thèse de M. Leroy. On doit lui savoir gré néanmoins d'avoir signalé les *desiderata* que comporte le sujet, et surtout d'avoir, comme compensation, donné

la description et la liste des pièces du musée de l'hôpital Saint-Louis relatives aux lésions cutanées de la sclérodermie et des affections qui offrent quelque analogie avec elle.

L.-H. Petit.

P.-S. — Je n'ai pas parlé, et à dessein, de la partie bibliographique des thèses d'agrégation en médecine. Elle n'est ni meilleure ni pire que celle des concours précédents, et j'en ai assez dit les causes ailleurs pour n'avoir pas à y revenir. Quelques-unes de ces thèses, — trois ou quatre je crois, — ont une bibliographie bien faite, grâce à l'*Index-Catalogue*, qui a épargné à leurs auteurs les longues recherches qu'il leur eût été impossible de faire dans le trop court laps de temps accordé pour ce travail. D'autres se sont contentés, avec raison, d'indiquer les ouvrages qu'ils avaient consultés ; d'autres enfin ont fait suivre leur thèse d'une longue bibliographie. Ceux-ci avaient évidemment une bonne intention, car ils voulaient éviter à leurs successeurs la peine de faire la même chose, ou leur servir de guides pour leurs thèses ; mais en cela ils se sont trompés, car en donnant des indications inexactes, — et je pourrais citer telle bibliographie de 15 pages qui ne contient pas 15 indications correctes — ils ont plus fait pour rendre la bibliographie impossible à l'avenir que s'ils avaient supprimé cet appendice. Si on les condamnait seulement, pour leur peine, à rectifier leurs indications, je suis sûr qu'ils auraient au moins pour 6 mois de travail forcé. Le mieux est de leur pardonner en faveur de l'intention, mais en les engageant toutefois à ne pas recommencer, dans l'intérêt bien entendu de la bibliographie et des bibliographes.

JOURNAL DES JOURNAUX

Du vomissement fonctionnel de l'hystérie, par Bristowe. — Nul doute que dans la plupart des cas de vomissements, c'est l'estomac qui rejette la nourriture. Mais il est évident aussi que dans un certain nombre de vomissements, ceux-ci procèdent plutôt de l'œsophage, et même lorsqu'ils surviendraient une demi-heure après l'ingestion alimentaire. Les bols s'accumulent alors dans une espèce de dilatation que ni l'ouïe, ni le palper ne permettraient de reconnaître. En semblable occurrence, il sera indiqué de combattre le spasme œsophagien et de permettre au bol alimentaire de gagner l'estomac.

Si l'on peut supposer qu'on est en présence d'un cas semblable, il sera facile de s'en assurer en ayant recours au tube Faucher ou à la sonde œsophagienne, et en gavant la malade. En supprimant l'obstacle à la progression du bol alimentaire qui résulte du fonctionnement anormal de la tunique musculeuse de l'œsophage, on supprimera en même temps le vomissement hystérique. Il y a même quelques raisons de croire qu'il suffira d'une simple introduction du tube pour obtenir une guérison plus ou moins permanente. (*Functional vomiting in hysteria, Bristowe. The Practitioner*, Marsh 1883.)

De la surdité dans l'hémianesthésie hystérique, Walton. — Ces cas peuvent se subdiviser en trois ordres de faits :

1° Malades affectées d'hémianesthésie complète avec intégrité complète de l'autre moitié du corps.

2° Hystériques avec anesthésie incomplète d'un côté, et sensibilité intacte dans tous ses modes de l'autre côté.

3° Malades plus ou moins analgésiques des deux côtés, le degré d'analgésie étant rarement égal de part et d'autre.

Chez les sujets du premier groupe, les trois divisions de l'oreille du côté complètement anesthésié sont absolument insensibles. Le tympan peut être impunément touché sans éveiller aucune sensation désagréable, la douche d'air de Politzer n'est pas perçue, ce qui indique l'anesthésie de la caisse ; enfin, il y a « *cophos* » plus ou moins complet, et si on applique un diapason en vibration sur le crâne, ces malades ne perçoivent pas les vibrations osseuses ; si on l'applique sur la ligne médiane, au front ou sur les dents, elles ne perçoivent les vibrations transmises que du côté non anesthésié. Lorsque la *dysécie* est due à une oblitération de la trompe d'Eustache ou à celle du conduit auditif externe avec intégrité des antres parties, ces vibrations osseuses sont plutôt mieux perçues que dans l'oreille saine ; il y a donc là un moyen précieux de faire ce diagnostic.

Pour les malades de la deuxième classe (hémianalgésie), le degré de la dysécie est proportionnel en général au degré de l'analgésie ; le tympan n'est pas absolument insensible, la douche d'air est légèrement perçue, l'ouïe est affaiblie et il y a perte ou diminution de l'ouïe pour les sons transmis par les os du crâne.

Pour les malades du troisième groupe (anesthésiques ou analgésiques totales irrégulières),

on observe encore un rapport constant entre le degré de l'analgésie et la dysécie. Le côté le plus insensible est aussi le plus sourd; le tympan de ce côté peut ne plus ressentir les attouchements, tandis que de l'autre côté le tympan reste légèrement sensible; même remarque pour la douche d'air et pour l'audition des bruits transmis par les os.

En général, et toutes choses égales d'ailleurs, l'audition des bruits à transmission osseuse disparaît plus tôt et est toujours plus atteinte que celle des bruits transmis par l'air.

Dans l'hystérie comme dans la vieillesse, ce fait est vraisemblablement attribuable à l'affaiblissement fonctionnel des centres cérébraux auditifs, et non à des modifications de structure du rocher déjà fort hypothétiques pour les vieillards et très improbables chez les hystériques, non plus qu'à des altérations, si ordinaires cependant à la vieillesse, des parties constituantes de l'oreille moyenne.

Chez les vieillards, l'audition des sons transmis par les os disparaît avant celle des sons transmis par l'air, la première étant abolie avant l'âge de 60 ans.

Naturellement, les conditions organiques feront varier les résultats de l'examen. On distinguera avec soin la surdité due à l'abolition des fonctions des centres percepteurs, de la dysécie relevant d'une accumulation de cérumen dans le conduit auditif ou d'un catarrhe chronique de l'oreille moyenne. Ici l'examen de la conductibilité osseuse est d'un grand secours, car tandis que dans la surdité nerveuse elle est la première à disparaître, dans la surdité par obstruction au contraire elle augmente.

Un fait qui est loin d'être rare dans l'hémianesthésie hystérique, c'est l'exagération de l'acuité auditive normale du côté non affecté.

Tous ces phénomènes de dysécie, de paracousie, d'hyperacousie aérienne ou osseuse, d'anesthésie sensitive du tympan subissent, toutes choses égales d'ailleurs, le transfert à l'équipollence parfaite dans un laps de temps évalué après expérimentation à 90 secondes. (*Deafness in hysterical hemianesthesia. Th. Brain*, January 1883.) Dr D.

FORMULAIRE

HUILE ANTISEPTIQUE CONTRE L'ECZÉMA. — LASSAR.

Huile d'olives.	100 grammes.
Acide phénique.	1 à 2 grammes.

Faites dissoudre. — Onctions sur la peau, dans la période aiguë de l'eczéma. En même temps que l'huile est absorbée, la peau devient souple, les croûtes se détachent, et le prurit diminue. On applique alors un bandage circulaire fait avec de la mousseline trempée dans l'huile antiseptique, et on le recouvre complètement avec de la toile. — Si, au bout d'un certain temps, l'huile phéniquée cesse d'être bien supportée, on la remplace par de l'huile d'olives additionnée de 1 à 2 pour cent d'acide salicylique, ou bien encore de 1/2 à 1 pour cent d'acide thymique. — Cette dernière préparation se montre particulièrement efficace, dans toutes les inflammations bulleuses et pemphygoïdes, ainsi que dans le pemphigus proprement dit et dans l'érysipèle. — N. G.

CONCOURS DU PROSECTORAT DE CLAMART. — Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 6 août 1882, à 4 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17. — MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration, à partir du samedi 30 juin, jusqu'au lundi 16 juillet inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mabillat, médecin-major de première classe au 30e d'artillerie à Orléans, licencié en droit, décédé à Vichy, à l'âge de cinquante ans; de M. le docteur W. E. Scott, professeur d'anatomie à l'Université Mac Gill, et de M. le docteur Palle (de Montmirail), qui a succombé le 2 juin, après quarante sept ans d'exercice.

Avis. — M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de Pharmacie, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 1er juillet, dans les bois de Meudon-Versailles.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à 11 heures pour la station de Clamart.

FIN DU TOME XXXV (TROISIÈME SÉRIE).

Le gérant RICHELOT.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXXV

(TROISIÈME SÉRIE)

JANVIER, FÉVRIER, MARS, AVRIL, MAI, JUIN 1883

B

C

D

E

G

H

M

N

Q

R

T

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, 22, rue Dussoubs.